

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896.

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 16 Juillet 1896, à 1 heure

PAR

P. BLAZY

Né à Saint-Pierre-d'Irube (Basses-Pyrénées, le 6 décembre 1869)

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS MALIGNES ET PRIMITIVES

DE LA

CLOISON NASALE

Président : M. DUPLAY, professeur.

Juges : { MM. LE DENTU, professeur.
NELATON et THIERY, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

449

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1896.

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 16 Juillet 1896, à 1 heure

PAR

P. BLAZY

Né à Saint-Pierre-d'Irube (Basses-Pyrénées, le 6 décembre 1869

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

TUMEURS MALIGNES ET PRIMITIVES

DE LA

CLOISON NASALE

Président : M. DUPLAY, professeur.

Juges : { MM. LE DENTU, professeur.
NELATON et THIERY, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les
diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15. Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen	M. BROUARDEL.
	Professeurs	MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		N.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale	}	DIEULAFOY.
		DEBOVE
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils		TERRIER.
Pharmacologie		FOUCHET.
Thérapeutique et matière médicale		LANDOUZY.
Hygiène		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée		STRAUS.
		SEE (G.)
Clinique médicale	}	POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladies des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux		TILLAUX.
Clinique chirurgicale	}	BERGER.
		DUPLAY.
		LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique d'accouchement	}	TARNIER.
		PINARD.

Professeur honoraire :

M. PAJOT.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEYS.	RICARD.
ALBARRAN.	HARTMANN.	ROGER.
ANDRE.	HEIM.	SEBILEAU.
BAR.	LEJARS.	THIERY.
BONNAIRE.	LETULIE.	THOINOT.
BROCA.	MARFAN.	TUFFIER.
CHANTEMESSE.	MARIE.	VARNIER.
CHARBIN.	MENETRIER.	VILLEJEAN.
CHASSEVANT.	NELATON.	WALTER.
DELBET.	NETTER.	WEISS.
GAUCHER.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILBERT.	trav. anatomiques.	WURTZ.
GILLES DE LA TOURETTE.	RETTERRER.	

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : M. CH. PUPIN.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON GRAND-PÈRE PATERNEL A. BLAZY

A MON PÈRE, LE DOCTEUR CH. BLAZY

Officier d'Académie
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Léon (de Bayonne)

A MA MÈRE

A MES FRÈRES, A MES SOEURS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

A MONSIEUR LE DOCTEUR LANNELONGUE

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de médecine
de Bordeaux
Chevalier de la Légion d'honneur

A MONSIEUR LE DOCTEUR PITRES

Doyen et Professeur de Clinique médicale à la Faculté de Médecine
de Bordeaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR E. J. MOURE

Chargé de Cours à la Faculté de médecine de Bordeaux

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RECLUS

Chirurgien des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUPLAY

Chirurgien des Hôpitaux
Membre de l'Académie de médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

Introduction. — Division du sujet

Les observations de tumeurs malignes et primitives de la cloison du nez sont restées peu nombreuses jusqu'en ces dernières années, ce qui semblait faire croire que les tumeurs de cette région étaient exceptionnelles. Ayant eu l'occasion d'en examiner plusieurs cas à la clinique du docteur Moure, nous avons recherché les écrits, et n'avons trouvé, en dehors de quelques monographies publiées dans des revues périodiques, aucun travail d'ensemble sur cette question. En revanche les publications isolées sont nombreuses et nous avons cru intéressant de mettre la question au point et d'en faire l'objet de notre thèse inaugurale.

Le titre même de notre thèse nous dispensera de délimiter longuement notre sujet. — Nous nous proposons de parler des tumeurs *malignes* qui prennent naissance sur une portion quelconque de la cloison nasale et d'exclure de parti pris tous les néoplasmes qui, nés dans les cavités nasales, ont envahi secondairement la cloison. Nous verrons que, contrairement aux opinions émises par la plupart des auteurs, toutes les variétés de tumeurs malignes peuvent se rencontrer sur la cloison.

Pour ne pas sortir de notre cadre, nous ne parlerons qu'accidentellement, et à l'occasion du diagnostic différentiel, d'un certain nombre d'affections qui peuvent en

imposer pour des tumeurs malignes, telles que les tumeurs osseuses, les déviations, les éperons de la cloison, les tumeurs liquides, abcès et hématomes; les gommes syphilitiques ou tuberculeuses, le lupus, etc. Nous insisterons cependant un peu sur les polypes muqueux implantés sur la cloison, à cause de leur transformation possible en tumeurs malignes.

L'idée de ce travail revient à notre maître Monsieur le Docteur Moure. Qu'il soit assuré de notre vive reconnaissance pour l'intérêt si grand qu'il nous a témoigné dans le cours de nos études médicales.

Les deux années passées dans le service de Monsieur le Professeur Lanelongue comme stagiaire puis comme externe, sont de celles qu'on n'oublie pas. Nous prions notre maître d'agréer l'expression de notre sincère reconnaissance pour l'affabilité avec laquelle il nous a toujours accueilli et les conseils éclairés qu'il n'a cessé de nous prodiguer.

Maintes fois Monsieur le Professeur Pitres nous a témoigné de la bienveillance depuis que nous avons eu l'honneur d'être externe dans son service. Nous le prions de croire à notre respectueuse gratitude.

Nous avons toujours trouvé un excellent accueil et de bons conseils, au besoin, auprès de Messieurs les Professeurs de Nabias, Vergely et Arnozas. Qu'il nous soit permis de les assurer de notre affectueux dévouement.

Merci à Monsieur le Professeur Mesnard pour ses bienveillantes leçons à la Polyclinique. Monsieur le Professeur agrégé Sabrazès a été notre chef de clinique et

nous avons conservé le souvenir des aimables leçons qu'il nous faisait le matin au lit des malades.

Merci enfin à Monsieur le Docteur Beausoleil pour l'obligeance avec laquelle il a mis à notre disposition ses conseils autorisés et ses observations.

Monsieur le professeur Duplay ajoute à la bienveillance qu'il a toujours témoignée à notre père, celle d'accepter la présidence de notre thèse. Il nous fait un grand honneur et nous le prions d'agréer l'assurance de notre respectueuse gratitude.

Nous ne saurions terminer, sans adresser à M. le Professeur agrégé Reclus, l'expression sincère de notre reconnaissance. Nous n'oublierons jamais qu'il s'occupa particulièrement de nous et dirigea nos premiers pas en chirurgie.

Nous avons divisé notre travail en VIII chapitres et de la façon suivante :

CHAPITRE I. — Historique.

CHAPITRE II. — Etiologie.

CHAPITRE III. — Anatomie pathologique.

CHAPITRE IV. — Symptomatologie.

CHAPITRE V. — Diagnostic (caractères différentiels).

CHAPITRE VI. — Marche — Durée — Terminaison.

CHAPITRE VII. — Pronostic.

CHAPITRE VIII. — Traitement.

Historique.

Sous le nom générique de polypes, les anciens comprenaient les tumeurs les plus dissemblables par leur composition anatomique, leur marche générale et surtout par le traitement qu'elles réclament.

Néanmoins *Hippocrate* avait déjà remarqué une variété de polypes offrant des caractères spéciaux de malignité et qu'il appelait une « espèce de cancer ».

Au moyen-âge, Guillaume de Salicet, Rogerius avaient établi une distinction entre les polypes bénins et malins.

Polt déclare avoir vu un polype malin siégeant sur la cloison.

Levret, le premier au siècle dernier, réunit sous le nom générique de polypes, des productions organiques se détachant par un pédicule plus ou moins large, d'une surface muqueuse, et d'après un caractère extérieur qui avait spécialement attiré son attention, il les divisa en polypes mous et polypes durs.

Paletta (in exercitat. path. Milan, p. 7, 1820) fournit une observation exacte de tumeur de la cloison dont la nature ne put être déterminée.

Gerdy en fit un polype muqueux, cependant les caractères de la tumeur se rapportent exactement à la définition que M. le professeur Duplay a donné du sarcome des fosses nasales.

Il s'agissait en effet d'un jeune homme tourmenté par

de violents maux de tête et qui mourut dans le coma. A l'autopsie, on trouva dans la fosse nasale droite, une tumeur implantée sur la cloison et dont une partie, montant verticalement, avait détruit la lame criblée de l'ethmoïde et pénétré dans le crâne.

Dans sa thèse, *Gerdy*, le premier, fait des polypes une variété à part, dont il exclut complètement les tumeurs, et en particulier le cancer.

En 1841, *Lebert* enleva une large tumeur qui occupait toute la cloison, sur la surface de laquelle elle s'étendait et dont la portion libre descendait jusqu'à l'ouverture de la bouche. La tumeur était infiltrée de pus.

Giraldès rapporte le cas d'un polype fibreux se confondant en dedans avec la cloison nasale. (*Gaz. des Hôp.* 1850).

Le professeur *Syme* (*Annal. de chirurg. franç. et étrang.* t. VI, 1852), parle d'un homme de 41 ans présentant dans la narine droite, une tumeur molle, friable, saignant facilement, et développée au niveau de la cloison à la partie inférieure, au niveau de la réunion du cartilage et de l'os. Opération simple, guérison sans récurrence.

Dieffenbach et Fayner citent un cas de tumeur sarcomateuse embryonnaire de la cloison, chez une femme de 30 ans. (*Medical Times and Gazette*, 1868).

En 1873, *Bouheben* cite dans sa thèse, l'observation d'un homme de 52 ans, atteint d'épithélioma des fosses nasales, ayant débuté deux ans auparavant au niveau du septum cartilagineux du côté gauche par un petit bouton. Jamais d'hémorrhagies, mais ganglions sous-maxillaires à gauche ayant apparus 15 jours après la tumeur. La tumeur

et les ganglions ont été extirpés et ces derniers seuls ont récidivé. Le malade est mort peu après une seconde intervention plus radicale.

Dans le *Medical Times and Gazette*, 1875 (st. I, p.152), nous trouvons l'observation d'un sarcome myéloïde développé sur la cloison. Il s'agit d'un homme de 60 ans, qui entre en septembre 1874 à l'hôpital d'A. Wordon, parce que le moindre effort provoquait d'abondantes hémorrhagies par la fosse nasale gauche. La première hémorrhagie s'était produite en avril 1874, puis était apparue une petite tumeur qu'on essaya d'enlever avec une pince ; mais l'abondance de l'hémorrhagie qui fut le résultat de cette tentative, nécessita un tamponnement. La tumeur était très vasculaire, obstruait toute la main gauche, saignait au moindre effort et était fixée à la cloison. La tumeur extirpée par Mason récidiva. A la troisième intervention, il fit des débridements très larges et obtint à ce prix seulement une guérison probable puisque le malade, revu trois mois après, ne présentait aucune trace de récidence, et avait engraisé d'une façon notable.

Grynfeldt (Montpellier-médical 1876) parle d'une femme de 26 ans atteinte d'un sarcome fascicule de la cloison nasale.

Péan, en 1876, cite l'observation de Jeanne K..., âgée de 64 ans et ayant dans la narine droite une tumeur rougeâtre, molle, friable, faisant saillie au dehors et dont le début remonte à 5 mois. Cette tumeur est implantée sur la cloison par un pédicule restreint. Pendant deux mois au moins et au début, la malade n'avait observé comme symptômes qu'un peu d'enchifrènement et de la difficulté

pour respirer. Depuis, perte de l'odorat et aggravation de ces symptômes. Diagnostic. Epithélioma. Extirpation. Récidive avec aggravation notable de l'état général.

Casabianca (1876), dans une excellente thèse sur « les affections de la cloison des fosses nasales », insiste sur la façon bénigne dont parfois évoluent les tumeurs malignes de la cloison. Il parle d'une femme de 64 ans atteinte depuis dix mois d'une tumeur épithéliomateuse implantée sur la cloison cartilagineuse à droite et dont le développement s'est effectué sans hémorrhagies ni engorgement ganglionnaire.

Leriche publie dans la « Gazette des Hôpitaux » en 1874 l'observation d'une tumeur de la cloison nasale enlevée par mobilisation de la sous-cloison. Il s'agit d'une religieuse de 40 ans. La tumeur siégeait des deux côtés de la cloison et avait provoqué, du côté gauche, des adhérences avec l'aile du nez.

Winiwarter opéra en 1879 une femme de 57 ans atteinte d'un carcinome développé au niveau de la portion cartilagineuse de la cloison et ayant gagné les deux narines. Cette femme avait été opérée, quelques années auparavant, de plusieurs polypes des fosses nasales. Jamais d'hémorrhagies ni de ganglions. Extirpation radicale. Suites inconnues.

Dans sa thèse sur *La contribution à l'étude des sarcomes des fosses nasales*, *Delaux* parle d'une femme âgée de 45 ans et atteinte d'un *sarcome embryonnaire de la cloison*, du côté gauche. Opérée par Anger, elle sortit guérie (Paris 1883).

Janselme (Sarcome des fosses nasales), (*Annales des*

maladies de l'oreille 1884) cite le cas d'un malade auquel Terrier enleva une *tumeur sarcomateuse fasciculée* ayant pris naissance dans la fosse nasale gauche et insérée à la partie postérieure de la cloison. *Barzilay, épithélioma des fosses nasales et son traitement chirurgical* (Thèse Paris, 1885). Femme de 51 ans fréquemment atteinte de coryzas et d'épistaxis et dont l'examen permet de révéler la présence d'un épithélioma inséré à la partie supérieure de la cloison. Envahissement des ganglions sous-maxillaires. Extirpation radicale — Récidive, mort rapide.

En 1885, *Schmiegelow* (de Copenhague) a publié une importante étude sur les tumeurs malignes et primitives du nez (*Revue mensuelle de laryngologie*). La plupart de ses observations de tumeurs concernant la cloison sont consignées dans l'ouvrage de Bosworth dont nous parlerons plus loin.

Chiari en 1886 publia une monographie sur les néoplasmes de la cloison dont le docteur Lichwitz a donné un compte rendu dans la *Revue mensuelle de laryngologie*.

Kirmisson en 1886 cite dans la *Gazette des Hôpitaux* le cas intéressant d'une femme incommodée par des hémorrhagies fréquentes et qu'il opéra pour un carcinome ayant débuté sur la cloison. Les récidives ne purent être enrayées par des interventions répétées. Et la malade mourut au bout d'un an par généralisation du néoplasme carcinomateux.

Calmettes et Chatellier rapportent l'année suivante une intéressante observation de *fibro-sarcome de la cloison nasale* que nous reproduisons in extenso dans notre thèse.

La thèse de Clavier sur *Les tumeurs malignes des fosses nasales*, offre une importante observation du docteur Moure.

En 1889, *Bosworth* (Diseases of the nose and throat N. Y.) publie un ouvrage important dans lequel figurent de nombreuses observations de sarcomes, de carcinomes, d'épithéliomas de la cloison du nez qu'il a recueillies pour la plupart dans *Earle* (Lond. méd. Gazette 1827-1828), *ÉEcker* (Arch. of. Physiol. Heilk 1884), *Neudorfer* (Vienne 1858), *Waldeyer* (Virch. Arch. 1872), *Heurtaux* (Nantes 1879), *Schmiegelow* (Revue mensuelle de laryngol. 1889).

Depuis 1890 les publications sur les tumeurs malignes de la cloison abondent. Elles sont presque toutes consignées dans les *Annales des maladies de l'oreille*, etc. années 1890 et 1892.

Citons l'importante monographie de *Plicque* sur le *Diagnostic et le traitement des tumeurs malignes des fosses nasales*, 1890, celle de *Gouguenheim* et *Hélary* sur les tumeurs malignes et primitives des fosses nasales dont nous nous sommes inspiré et à laquelle nous empruntons deux observations.

Michel Dansac rapporte deux cas de sarcomes de la cloison, d'*Aguanno* de Palerme, un cas de sarcome parviglobo-cellulaire. *Garel* et *Collet* parlent des tumeurs de la cloison en général, mais ne rapportent aucune observation personnelle.

Enfin en 1895, *Hemle* publie dans l'*Union médicale* une intéressante monographie sur les sarcomes primitifs des fosses nasales et notre ami *Stamatiadès* fait une in-

intéressante thèse sur le *Traitement de certaines tumeurs malignes des fosses nasales par les voies naturelles*.

En somme, cet historique nous montre que les publications vraiment probantes de tumeurs malignes et primitives de la cloison sont de date très récente et disséminées dans les publications périodiques françaises et étrangères. Il nous explique aussi la raison pour laquelle les auteurs sont si brefs et si peu affirmatifs sur cette importante question.

Cependant, depuis longtemps déjà, Monsieur le professeur Duplay avait révélé la présence des sarcomes et des épithéliomas sur la cloison. Il donne dans son *Traité de pathologie externe* une définition très nette des sarcomes : « Ils peuvent se développer primitivement sur la cloison ou sur quelque autre point des cavités nasales. Les sarcomes de la cloison qui souvent se confondent avec les enchondromes, se développent généralement à la fois des deux côtés du septum, en sorte que, dans leur accroissement rapide, ils ne tardent pas à remplir les deux fosses nasales. Ils ont de plus, le triste privilège d'envahir rapidement les parties supérieures de ces cavités et de s'étendre jusque dans la cavité crânienne à travers l'ethmoïde. On comprend qu'une ponction exploratrice lèverait les doutes.

La même opinion se trouve reproduit, dans le *Traité de pathologie externe* de Jamain et Terrier, les auteurs ont constaté un cas d'épithélioma de la cloison et de nombreux polypes muqueux concomittants dans les fosses nasales.

Tel est, en résumé, le résultat de nos recherches. L'en-

semble des documents trouvés épars nous ont permis d'édifier cet historique qui peut n'être pas absolument complet malgré nos efforts, car, dans un nombre aussi considérable de publications, il est possible qu'involontairement nous en ayons omis quelque'une.



Etiologie

D'après les observations recueillies, d'après *Hemle* qui s'est spécialement occupé de la question, il semble que le *sarcome* est la plus fréquente des tumeurs de la cloison. Viendraient ensuite, par ordre de fréquence, le carcinome et l'épithélioma.

Le siège de ces tumeurs ne serait pas indifférent sur la cloison, et le stylet peut donner des renseignements assez précis à cet égard. C'est ainsi que le sarcome aurait une prédilection pour la portion cartilagineuse, le carcinome et l'épithéliome pour le vomer et la lame perpendiculaire de l'ethmoïde.

L'âge joue un rôle important et varie avec chaque variété de tumeur. Le *sarcome* est rare avant la quinzième année, bien qu'on ait cité deux ou trois exemples congénitaux et que *Schmiegelow* ait rencontré un chondrosarcome de la fosse nasale droite chez un enfant de deux ans. Il est exceptionnel après cinquante ans.

Chaque variété de sarcome semble se rapporter plus spécialement à une époque de la vie. C'est ainsi que *Delaux*, dans sa thèse, propose la classification suivante et considère l'âge comme un facteur étiologique très important. Le *sarcome myéloïde* se rencontrerait dans l'enfance et surtout dans l'adolescence, de 15 à 25 ans, c'est-à-dire pendant la période de développement de la face. Le *sarcome fasciculé* serait plus fréquent dans la période

moyenne de la vie, de 20 à 40 ans ; et le *sarcome embryonnaire*, essentiellement malin, apparaîtrait à une période plus avancée de la vie, entre 40 et 55 ans.

Le *carcinome* et l'*épithélioma*, au contraire, se manifestent chez le vieillard et d'après la statistique de *Barzilai*, le plus jeune des sujets observés avait 51 ans. *Robert Dreyfus*, dont la statistique porte sur 13 cas de carcinomes des fosses nasales, trouve un seul exemple de 46 ans. Tous les autres oscillent entre 50 et 80 ans et l'auteur dit à ce sujet : « L'âge peut donc être considéré comme un symptôme tout-à-fait caractéristique pour distinguer le carcinome du sarcome.

Le sexe paraît être sans influence sur le développement des tumeurs malignes de la cloison.

L'hérédité jouerait, d'après MM. Gouguenheim et Hélary, un rôle important dans la production des néoplasmes. Et dans leur observation de *sarcome télangiectasique* que nous reproduisons, le père du malade était mort d'un cancer à l'estomac. Cette opinion est aussi celle de R. Dreyfus, qui rapporte l'observation de Madame de B..., âgée de 64 ans, atteinte d'un carcinome des fosses nasales et qui semblait avoir, dit l'auteur, une prédisposition familiale puisque sa tante était morte d'un carcinome de l'estomac.

M. le professeur Verneuil parle, quelque part, des rapports qui existent entre les tumeurs locales et les divers états diathésiques, par exemple entre le cancer et l'arthritisme. Cette hypothèse n'a pu être confirmée par une seule observation probante, du moins nos recherches ne nous ont pas permis d'en découvrir.

Neuman a vu des carcinomes se développer dans le nez de syphilitiques, et chez l'un d'entre eux la tumeur siégeait sur la cloison. N'y avait-il point là une coïncidence fortuite et pouvons-nous donner à la syphilis une importance étiologique bien grande ?

Neudærfer a cité un exemple analogue. Mais l'examen histologique de la tumeur n'a pu être fait.

Les *inflammations chroniques* de toute nature, de la muqueuse pituitaire ont été invoquées et il semble qu'elles aient un certain droit à réclamer leur place dans l'étiologie des tumeurs malignes de la cloison. C'est ainsi que le coryza, la carie dentaire, l'ostéite, etc.... en irritant la muqueuse pituitaire peuvent en modifier les tissus et jouer ainsi un certain rôle dans la genèse des néoplasmes, chez des sujets prédisposés.

Ainsi *Pfeffer* parle d'une femme de 74 ans, atteinte d'un épithélioma de l'ethmoïde et qui, depuis plusieurs années, se plaignait d'un catarrhe retro-nasal, cause incessante d'irritation de la muqueuse. Le malade de *R. Dreyfus* présente, avec celle de *Pfeffer*, une certaine analogie puisqu'elle était atteinte, depuis trente ans, d'une rhénite purulente chronique et est morte à 64 ans d'une méningite, par pénétration du carcinome dans le cerveau.

Les professions semblent ne jouer aucun rôle. Le *traumatisme* a été considéré comme un facteur important et Eug. Nélaton formule son opinion de la façon suivante : « Quelques secondaires que puissent paraître, aux yeux de l'homme de l'art, ces causes purement physiques, il ne serait pas juste de leur dénier en principe toute es-

pèce d'influence. S'il est vrai que la cause qui préside au développement de la plupart des tissus morbides consiste essentiellement, souvent même uniquement, dans un vice intime de nutrition dont la raison première nous échappe, ne peut-on pas accepter aussi que cette cause interne, tout obscure qu'elle est dans sa nature, puisse être quelquefois provoquée, ou même simplement aidée, dans la manifestation de ses effets, par certaines circonstances extérieures abordables à nos moyens d'investigations? L'observation de *Richet* est probable lorsqu'il parle d'un enchondrome développé sur la cloison à la suite d'un traumatisme, et *Delstanche* a observé un malade atteint d'un carcimome des fosses nasales qui, quatre ans auparavant, avait fait une chute sur le nez ayant amené une fracture intra-nasale suivie d'épistaxis.

Les irritations répétées, les traumatismes qui sont le résultat de la mauvaise habitude que contractent les enfants de porter les doigts dans le nez soit pour en arracher les croûtes, soit pour faire cesser une démangeaison quelconque, ne peuvent-ils jouer un certain rôle dans l'évolution des tumeurs de la cloison? Si l'on considère combien est riche le réseau vasculaire de la cloison, si l'on considère d'autre part combien sont fréquentes à ce niveau les dilatations variqueuses, ne peut-on pas admettre que sous l'influence d'irritations répétées, il puisse se produire une altération des parois vasculaires, une prolifération de tissu embryonnaire autour de ces parois, point de départ d'angiomes superficiels. A ce titre, les irritations répétées ne peuvent-elles pas être considérées comme l'origine possible de certaines néoplasies du septum? Le siège de ces tumeurs, qui est le

plus souvent, à peu près à 1 c. de l'ouverture antérieure des fosses nasales ne vient-il pas encore donner plus de vraisemblance à cette opinion ? A ce niveau existe, il est vrai, l'ouverture du canal de Jacobson qui, d'après Potiquet, « pourrait bien jouer un rôle important dans la pathogénie de certaines lésions de la cloison ». Mais cette étiologie ne saurait être invoquée dans tous les cas puisqu'il n'est pas rare de rencontrer des tumeurs en un point de la cloison inaccessible au doigt et au traumatisme extérieur. Toutefois si nous insistons sur l'influence irritative du doigt c'est que nous avons été frappé de voir que les trois malades dont nous rapportons l'observation et atteints l'un de myxo-sarcome, l'autre d'angio-sarcome, le troisième de fibro-myxo-sarcome, avaient contracté l'habitude d'arracher et de faire saigner la tumeur avec l'ongle.

Quant à la transformation possible des néoplasmes bénins en néoplasmes malins elle est aujourd'hui définitivement admise. *Michel* (Die Krankheiten der Nasenhöhle u. des Nasenraschenraumes, Berlin 1876).

Watson (Ophtalmie Hospital Report, vol. IV, p. 98), *Schæffer*, *Hopmann*, *Moure* citent des observations concluantes où la transformation a été nettement observée. *Schæffer* dans les deux observations qu'il a communiquées au Congrès international de laryngologie et d'otologie de Paris 1889, parle d'un malade atteint de productions myxomateuses des fosses nasales récidivées et extraites plusieurs fois. Et à propos de l'examen histologique pratiqué il s'exprime ainsi : « Dans les différentes préparations microscopiques des masses enlevées à diverses époques, nous constatons la transformation progressive des néoplasmes.

Dans la dernière il y a pénétration des cellules épithéliales dans la masse même du tissu muqueux glandulaire. Cet aspect composé avec celui des coupes précédentes révèle une différence manifeste, et une marche vers la tumeur maligne ou du moins vers la phase intermédiaire. Chez le second, l'examen histologique semble indiquer une transformation plus rapide. Vers les dernières préparations, il existe une infiltration par les nombreuses cellules épithéliales qui sont plus rapprochées, serrées les unes contre les autres ». La santé chez ces deux malades ne paraissait nullement altérée et l'état général était excellent. On comprend combien devient important dans ces cas l'examen microscopique.



Anatomie Pathologique

Les tumeurs malignes qu'on rencontre sur la cloison des fosses nasales sont, par ordre de fréquence : le *sarcome*, l'*épithéliome* et le *carcinome*.

Le siège le plus fréquent de ces tumeurs est, pour les *sarcomes*, la cloison cartilagineuse, pour l'*épithéliome* et le *carcinome*, la cloison osseuse et cartilagineuse.

La forme de ces néoplasmes est sensiblement la même. Au début, la tumeur est accolée sur la cloison par une large surface, puis à mesure qu'elle se développe dans la fosse nasale, elle semble s'en détacher pour aboutir, le plus souvent, à la destruction de la cloison et des portions osseuses voisines, et se développer symétriquement dans les fosses nasales. Cela a surtout lieu pour le *sarcome*. Nous rapportons une observation intéressante due à l'obligeance de M. le docteur Sengense, de Bordeaux. Il s'agit d'une tumeur qui s'est développée d'un seul côté de la cloison, a envahi les régions du sac lacrymal, et a pu être extraite sans destruction de la cloison.

La nature de cette tumeur n'a pu être examinée histologiquement, car la portion la plus résistante de la tumeur a été égarée, et dans les débris recueillis, les éléments cellulaires étaient à tel point dégénérés, que l'examen a été impossible à pratiquer. Néanmoins, ce néoplasme qui avait récidivé, présentait toutes les allures d'une tumeur franchement maligne, et le diagnostic cli-

nique porté par les docteurs Guément et Sengense fut celui d'épithélioma.

La couleur des néoplasmes varie du gris rosé au rouge sombre, aspect lisse ou mamelonné, présentant parfois à leur surface des ulcérations et des croûtes sanguinolentes. Leur consistance est variable, suivant leur nature. Dure dans le sarcome et le carcinome, elle est très molle et friable dans l'épithélioma et saigne au moindre contact.

L'examen histologique de chaque variété de tumeur est nécessaire et des classifications nombreuses ont été proposées. *Cornil et Ranvier* donnent des sarcomes en général, la définition suivante : « Les sarcomes sont des tumeurs constituées par du tissu embryonnaire pur ou subissant une des premières modifications qu'il présente pour devenir un tissu adulte », et le professeur Gosselin donne du sarcome la définition clinique suivante : « sous le nom de sarcomes, on désigne des tumeurs malignes ou cancéreuses qui, à l'œil, ne sont formées que par un tissu plus ou moins mou, abondamment vascularisé, et dans lequel le microscope fait reconnaître des cellules, les unes petites et arrondies, les autres allongées et fusiformes, qui ressemblent aux cellules embryonnaires ou jeunes cellules de l'organisme. »

La malignité des tumeurs n'est pas constante et *Moure*, dans son *Traité des fosses nasales*, dit : « Il est nécessaire de rappeler que la présence d'un tissu bénin dans la production morbide, diminue beaucoup sa malignité ; c'est ainsi que le fibro-sarcome primitif des fosses nasales est beaucoup moins grave comme pronostic que le sarcome vrai, et, ainsi que le fait remarquer Bosworth,

plus sera grande la quantité de tissu fibreux ou autre production bénigne et moins sera considérable la malignité du néoplasme observé. »

Les variétés de sarcomes sont nombreuses ; Delaux, et après lui Gouguenheim et Hélary, ont proposé la classification suivante, que nous adoptons :

1° *Sarcome encéphaloïde ou embryonnaire.* — (Cas de Duplay et de Delaux), la forme la plus fréquente, d'après Delaux, a une consistance mollassse, une coloration rosée, et à la coupe une teinte blanc grisâtre ; par le raclage, on obtient un suc d'abord transparent, puis laiteux, chargé de cellules embryonnaires.

Il est constitué histologiquement par des cellules embryonnaires petites, rondes, formées par une masse de protoplasma renfermant un ou plusieurs noyaux possédant eux-mêmes un ou plusieurs nucléoles. Ces cellules se retrouvent en tissu sain où elles s'infiltrèrent jusque dans les culs-de-sac glandulaires, propageant ainsi le cancer à distance.

2° Le *sarcome myéloïde* de sir James Paget présentant deux variétés de tumeurs : *les tumeurs à médulocelles et les tumeurs à myéloplaxes.* Cette dernière variété est la plus fréquente dans les fosses nasales. La coloration est rouge brun, lie de vin et la consistance molle. Cette variété siège sur les os et selon que les cellules sont petites, sphériques comme les éléments de la moelle embryonnaire, ou larges, aplaties, remplies de noyaux ovoïdes, on a affaire à une tumeur à médulocelles ou à une tumeur à myéloplaxes.

3° Le *sarcome fasciculé* se développe le plus souvent

dans les portions postérieures des cavités nasales. Il répond à la tumeur fibro-plastique de Lebert. La consistance est rénitente et élastique, dure à la coupe et formée de cellules juxtaposées, formant des faisceaux parallèles ou juxtaposés. On observe dans cette variété un développement exagéré de la circulation sanguine expliquant les hémorrhagies abondantes qui permettent de songer à cette variété.

Le *fibro-sarcome* dû à l'adjonction d'éléments sarcomateux ou à la régression de la tumeur par suite de son envahissement par du tissu fibreux. Les éléments sont surtout fusiformes.

4° *Sarcome télangiectasique* excessivement rare et dont la seule observation est due à MM. Gouguenheim et Hélyar.

Epithélioma. D'après Moure, l'épithélioma s'insère assez fréquemment sur la cloison et son aspect clinique ne diffère pas de celui des polypes muqueux. Cependant il est plus rosé et plus vasculaire à sa surface, il saigne au moindre contact. Sa forme est le plus souvent lobulée, fongueuse, il s'ulcère facilement à cause de la désagrégation des cellules épithéliales. Au microscope on voit un stroma de tissu fibreux limitant des espaces ovalaires, remplis de cellules épithéliales réunies sans substance intercellulaire.

Carcinome. Le carcinome de la cloison représente une tumeur extraordinairement rare comme en témoignent les statistiques des grands carcinomes établies par Winwarter et Gurlt.

Gurlt, sur 9554 cas de carcinomes du corps entier, ne l'a trouvé que quatre fois localisé dans les fosses nasales,

tandis que sur un nombre à peu près équivalent de **sarcomes**, il l'a trouvé quinze fois dans les fosses nasales. **La** marche du carcinome est très rapide, a une grande **tendance** à envahir les narines, à détruire la cloison et **provoquer** une déformation complète du nez.



Symptomatologie

Au début, les tumeurs malignes de la cloison nasale ont une marche tellement lente et insidieuse que les malades n'en sont réellement pas incommodés et il faut que la tumeur ait acquis un certain volume pour que des phénomènes de gêne respiratoire, ou des épistaxis répétées décident le malade à se soumettre à un examen rhinoscopique. C'est là ce qui explique la rareté des tumeurs malignes de la cloison observées au début de leur évolution.

La plupart des auteurs signalent le symptôme épistaxis comme un symptôme de début et très important, car, lorsqu'il se répète souvent avec abondance, il débilité et anémie les malades à un tel point que leur vie est en danger. Et ces saignements de nez seraient dûs à ce que les malades se mouchent fort et irritent par ce fait une tumeur dont la vascularisation est exagérée (sarcome télangiectasique de Gouguenheim (ou bien parce que la tumeur présente des ulcérations superficielles, comme dans l'épithélioma.

Schmiegelow (loc. cit.) trouve que les auteurs exagèrent la valeur de l'épistaxis comme symptôme caractéristique des tumeurs malignes de la cloison du nez et ce qui ajoute du poids à cette critique c'est que l'un des malades dont il cite l'observation présentait une tumeur

carcinomateuse de la cloison très friable et un processus ulcératif très étendu.

La gêne respiratoire est un symptôme mécanique qui n'appartient pas au début de l'évolution de la tumeur puisque c'est par son volume que la tumeur fait obstruction et empêche l'air de passer. Donc *sensation de corps étranger* dans le nez et *sensation de ballottement* à chaque mouvement respiratoire si la tumeur est peu volumineuse et pédiculée. L'épistaxis est fréquente à ce moment car le malade, croyant avoir affaire à un corps étranger, se mouche fort pour l'expulser ou cherche à l'arracher en introduisant l'extrémité de l'index et provoque des ulcérations superficielles qui saignent. Se méfier toujours des néplasmes implantés sur la cloison ; la portion cartilagineuse est le siège de prédilection des sarcomes.

Le volume est très variable et varie de celui d'une lentille à celui d'une petite noisette ou d'un haricot. Son aspect est blanchâtre ou rosé, souvent comparé à une masse framboisée d'un rouge vif, parfois ulcérée et le plus souvent saignant au moindre contact lorsqu'on pratique l'exploration avec le stylet.

A une période plus avancée tous ces phénomènes s'accroissent, on observe de l'épiphora. La tumeur continuant à s'accroître provoque des troubles de la voix qui devient nasonnée, l'odorat est émoussé, parfois même complètement aboli, puis par suite d'irritations répétées de la pituitaire, apparaît un écoulement séreux, clair filant, puis muco-purulent et, à une période ultime franchement purulent, dégageant une odeur repoussante, différente cependant de celle due à l'ozène ou aux ulcéra-

tions syphilitiques. La fosse nasale toute entière est enfin complètement obstruée et par suite de la quantité des sécrétions plus ou moins stagnantes, les germes pyogènes font leur apparition, se multiplient et provoquent des symptômes tels que fièvre, céphalalgie intense et troubles gastro-intestinaux dus à la déglutition de substances septiques. La combinaison de ces phénomènes empêche le malade de prendre le moindre repos. Il dort la bouche ouverte, et les épistaxis répétées contribuent à affaiblir considérablement son état général. Lorsqu'enfin la tumeur a acquis un certain volume, s'il s'agit d'un sarcome, elle attaque la cloison, la perfore, se développe dans la cavité nasale restée libre, émet des prolongements vers les parties supérieures, perfore la lame criblée de l'ethmoïde, pénètre enfin dans le cerveau pour y provoquer des phénomènes redoutables de méningite toujours rapidement mortelle. A la période ultime les sarcomes provoquent de l'engorgement des ganglions sous-maxillaires. Cet engorgement est précoce dans l'épithélioma, il apparaît à la période ultime dans le sarcome et le carcinome.

Les phénomènes de voisinage s'accroissent et on observe tour à tour des douleurs qui, primitivement locales, se sont irradiées dans toute la fosse nasale, l'œil du côté correspondant, provoquant du larmoiement et de la photophobie. Ces manifestations oculaires sont loin de nous surprendre puisque ces tumeurs, par leur présence dans le nez, établissent une irritation chronique de la pituitaire pouvant se propager jusqu'à l'ouverture du canal nasal et de là, gagner l'œil. Lorsque leur volume est notablement

augmenté, que les tumeurs sont plus anciennes, elles agissent mécaniquement, compriment le cornet inférieur et constituent un obstacle mécanique à l'écoulement des sécrétions oculaires par le canal nasal. C'est là un point sur lequel il est inutile d'insister car Berger, Beckel, Zien, etc., ont nettement établi les relations intimes qui existent entre les affections des yeux et du nez. Du côté des sinus, il détruit la paroi osseuse et produit des fistules cutanées. Puis l'exophthalmie s'accuse, les muscles oculaires se paralysent, en particulier le releveur de la paupière. En un mot, tous les organes du voisinage sont tour à tour envahis.



Marche. — Durée. — Terminaison.

D'une façon générale les tumeurs malignes de la cloison évoluent assez rapidement ; en deux ou trois ans elles ont à peu près atteint leur complet développement. Elles ont presque toutes une tendance à gagner rapidement les régions voisines provoquant des troubles sérieux et en rapport avec les organes atteints. Cependant il importe de différencier les tumeurs au point de vue de leur durée d'évolution. Ainsi Delaux cite un cas de sarcome myéloïde des fosses nasales dont le début remontait à dix ans. Calmettes et Chatellier citent l'observation d'une femme de 30 ans opérée d'un fibro-sarcome de la cloison cartilagineuse à gauche et qui avait eu de ce même côté et dans son enfance des épistaxis répétées. Puis vers l'âge de la puberté ces épistaxis spontanément s'étaient arrêtés pendant plusieurs années en sorte que cette tumeur, de nature essentiellement maligne, avait cependant évolué d'une façon tout aussi bénigne qu'un polype muqueux sauf les épistaxis. Cependant, certaines variétés de sarcomes évoluent avec une rapidité surprenante et ne sont même pas arrêtés dans leur marche envahissante, par les barrières osseuses qui se dressent sur leur route. Cette propriété a amené Helme à étudier de plus près la question et il dit à ce sujet : « L'évolution des sarcomes de la muqueuse pituitaire est soumise bien entendu, au degré de développement des éléments cellulaires qui les composent. Il

n'y a là rien de spécial à la pathologie nasale ; mais cliniquement on distingue les sarcomes en bénins et malins.

Les premiers sont les sarcomes à myéloplaxes, fusocellulaires, fibro-sarcomes de Calmettes et Chatellier, fibrosarcome, angio-sarcome que nous rapportons dans notre thèse. Ils se développent lentement, et, dans ce cas, à une période peu avancée, le traitement chirurgical est indiqué et peut laisser espérer une guérison complète.

Les seconds, au contraire, ont une marche envahissante très rapide. Souvent ils soulèvent les enveloppes du cerveau, sans provoquer de troubles cérébraux appréciables (Verneuil, Petit), et le malade meurt, subitement, d'un abcès cérébral, et sans avoir jamais présenté le moindre trouble ; les observations, cependant, sont très rares, car, à une période avancée de la maladie, les épistaxis redoublent de fréquence et d'abondance et ne tardent pas à entraîner la mort par cachexie. Enfin, à cette même période, la teinte jaune-paille caractéristique fait aussi son apparition.

En somme, les sarcomes et les épithéliomas évoluent le plus souvent avec une grande rapidité.

Le carcinome, au contraire, évolue d'une façon très lente, nous dit Dreyfuss, il n'a aucune tendance à s'étendre au loin, peut-être présente-t-il quelques sécrétions fétides plus abondantes. L'infiltration des glandes lymphatiques régionales est une exception, on l'a constatée seulement deux fois (Bouheben, Barzilay) et les deux fois à une période très avancée de la maladie.

Diagnostic

L'examen attentif des fosses nasales, pratiqué dans de bonnes conditions d'éclairage et d'instrumentation, évite souvent des erreurs de diagnostic, et renseigne d'une façon assez précise sur le point d'implantation des néoplasmes. Notre maître, M. le docteur Moure, s'est toujours attaché à attirer notre attention sur l'importance de cet examen, qui comprend deux procédés dont le second doit toujours être le complément du premier. Je veux parler de la rhinoscopie antérieure et postérieure.

Pour pratiquer la *rhinoscopie antérieure*, il suffit d'introduire dans la fosse nasale qu'on veut examiner, un *spéculum*, et d'en écarter les valves. Duplay, Laufal, Frontal, Moure et d'autres ont imaginé un instrument spécialement destiné à cet usage). Cela fait, à l'aide d'un miroir frontal concave et à foyer de 12 à 14 centimètres, on projette dans le nez un faisceau lumineux, produit par une lampe à grand pouvoir éclairant et dont l'intensité lumineuse est augmentée par l'adaptation d'une lentille plan convexe. Depuis quelques années, un certain nombre de spécialistes ont adopté une modification avantageuse.

La source lumineuse est fixée en avant du miroir et un peu en-deçà du foyer. Elle consiste en une petite lampe Edison dont le pouvoir éclairant est suffisant. L'éclairage direct remplace ainsi l'éclairage réfléchi.

La *rhinoscopie postérieure* est destinée à voir s'il

n'existe rien d'anormal dans le naso-pharynx. Cet examen est rendu difficile à cause de l'accolement fréquent du voile du palais contre la paroi pharyngienne et à cause des réflexes pharyngiens qui empêchent souvent l'introduction du miroir. On obvie à cet inconvénient à l'aide du chlorhydrate de cocaïne et au besoin en installant un instrument particulier destiné à relever la luette.

Toutes ces précautions prises, l'observateur déprime fortement la langue, projette un faisceau lumineux dans l'arrière-bouche et dispose son miroir la face réfléchissante en haut. L'image est obtenue, mais en raccourci, en sorte qu'il faut une certaine habitude pour voir clairement.

Opérant dans ces conditions l'erreur est encore possible, elle est très fréquente même et les altérations de toute nature siégeant sur la cloison ont fréquemment été prises pour des tumeurs malignes.

Parlons tout d'abord et pour les éliminer, des tumeurs liquides. Il est en effet certains sarcomes qui présentent un tel état de mollesse et de fluctuation qu'on peut aisément les confondre avec des *tumeurs sanguines* ou *purulentes* de la cloison. L'observation de M. Rendu rapportée par M. le Professeur Duplay est particulièrement intéressante. Il s'agissait d'une tumeur molle, rénitente, rosée, existant des deux côtés de la cloison du nez ; et la fluctuation produite dans une narine, se transmettait dans la seconde, en sorte que le chirurgien crut légitimement à un abcès. Il incisa sans obtenir l'émission d'une goutte de pus, et un examen plus approfondi démontra qu'il s'agissait d'un *sarcome encéphaloïde*. Strazza rapporte le cas d'un enfant de 4 ans observé à Lariboisière et qui possédait un

hématome de la cloison des fosses nasales. Une ponction capillaire dut intervenir pour trancher le diagnostic. Les signes de ces collections sanguines ou purulentes ont été cependant nettement indiqués, si l'on examine les travaux de *Flemming*, en 1833, in *Dublin Journal*, de *Bérard*, en 1837, de *Beaussenat* en 1864, de *Casabianca* en 1876.

Les tumeurs sanguines succèdent très rapidement à un traumatisme sur le nez; elles sont doubles, lisses, arrondies, à coloration rouge foncée et la fluctuation très facile à vérifier d'un côté de la cloison, se transmet dans la poche du côté opposé. Les kystes purulents résultent aussi le plus souvent d'un traumatisme; mais ils sont plus lents à se produire et sont le résultat de la transformation purulente d'une collection primitivement sanguine. Ils sont toujours accompagnés d'une certaine élévation de température, de douleur vive et de tension exagérée dans la tumeur.

Ces tumeurs apparaissent quelquefois au cours ou après des fièvres éruptives. Luc rapporte un cas où la formation spontanée de bosses sanguines de la cloison eut lieu chez un enfant arabe de 10 ans qui, peu de temps auparavant, avait eu la variole. Le caractère qui est constant et sur lequel insistent beaucoup et tour à tour *Jarjavay*, *Flemming* et *Casabianca*, est la communication des deux tumeurs à travers le cartilage de la cloison. Cependant dans le cas de M. Rendu, ce phénomène existait très nettement et il ne s'agissait pas moins d'un *sarcome encéphaloïde*. D'après E. Nélaton, « l'erreur est possible et parfois absolument impossible à éviter. »

Les *corps étrangers* implantés sur la cloison ont pu

donner lieu à des méprises. Tel cet homme dont parle Casabianca dans sa thèse et qui avait reçu un éclat d'obus qui, pénétrant par la fosse nasale sans provoquer la moindre lésion, était venu perforer la cloison et s'y fixer. Le stylet explorateur, au contact de ce corps étranger éprouva une résistance et un son métallique particulier qui firent naître des doutes, confirmés bien vite par l'expulsion du corps du délit. *Mouse*, dans son Traité des affections des fosses nasales, insiste sur la difficulté du diagnostic, il dit : « D'une manière générale, toutes les fois qu'on se trouvera en présence d'une production pathologique prenant naissance sur la cloison, que sa consistance permettra d'éliminer l'idée de chondrome ou d'ostéome, et sa marche celle d'un abcès, on pourra songer à l'existence d'une tumeur maligne. Mais, lorsque la tumeur sera devenue fongueuse, qu'elle sera ulcérée et bourgeonnante, il faudra toujours penser, avant de porter le diagnostic de tumeur maligne, à l'existence possible d'un *corps étranger*, puisque bien des fois, les lésions, occasionnées par la présence de ces corps dans les cavités du nez, ont déterminé l'apparition de symptômes tout à fait analogues à ceux du cancer. »

Souvent on observe enfin du coryza et de la névralgie faciale à type rémittent ou intermittent. L'*hypertrophie simple* de la muqueuse de la cloison peut parfois donner l'illusion d'un néoplasme. Monsieur le Docteur Beausoleil nous montrait dans son cabinet un malade chez lequel un examen peu attentif de la muqueuse hypertrophiée pouvait en imposer pour une tumeur.

L'*adénome* a été signalé sur la cloison. Il ressemble beaucoup comme aspect extérieur au polype muqueux et

Casabianca est d'avis que la confusion a dû souvent se produire chez les auteurs anciens. Un caractère important est son peu de tendance à s'étendre au loin et à gagner les ganglions. Son évolution est absolument bénigne, cependant sa transformation épithéliomateuse a été observée. Et l'examen histologique seul pourra parfois établir le diagnostic.

Le *papillome* de la cloison est très rare et a été confondu avec l'adénome. Comme lui il a une certaine tendance à subir la transformation épithéliomateuse (Hopmann, Cornil et Ranvier). Le papillome survient chez les gens âgés, son aspect extérieur est granuleux et gris rosé. Il n'a aucune tendance à détruire ou à envahir les organes circonvoisins. L'engorgement ganglionnaire n'a jamais été observé.

Les *déviation*s de la cloison prêtent parfois à la confusion et Boyer parle d'un enfant de 12 ans chez lequel le cartilage dévié formait à l'ouverture de la narine gauche, une tumeur saillante au dehors qu'on avait prise pour un néoplasme et qu'on cautérisait depuis 3 ans. Le diagnostic est le plus souvent aisé, il repose sur ce fait que dans la narine opposée on constate sur la cloison une dépression correspondant au siège de la déviation. L'exploration avec le stylet montrera du reste que la tumeur fait corps avec la cloison et qu'il est impossible de la soulever ou de la mobiliser.

Les *gommes syphilitiques* ulcérées ne sont pas très rares sur la cloison et ressemblent étrangement à l'épithélioma. Le traitement spécifique lèvera les doutes et Voltolini recommande dans ces cas l'usage de la tisane de Zitt-

man. D'après Péan leur siège de prédilection est sur les portions osseuses de la cloison.

Le *chancre de la cloison* a été observé et peut donner lieu à des erreurs de diagnostic.

Moure (Annales mal. oreille, etc., 1887), rapporte un cas de ce genre survenu chez un employé d'abattoir. La coexistence d'accidents secondaires permit d'établir le diagnostic qui présentait de sérieuses difficultés. En général, ces ulcérations s'accompagnent d'une odeur nauséabonde caractéristique.

Parfois certains ulcères se développent sur la cloison à la suite de la *rougeole*, de la *variole*, de la *scarlatine*, etc., et succèdent à un abcès bénin. Ils aboutissent souvent à la nécrose du cartilage (Casabianca, Roger, Corbel, Gült de Munich). La concomittance des affections signalées éclairera le diagnostic.

Les *ulcérations tuberculeuses* siègent presque à l'entrée des narines sur la cloison cartilagineuse. D'après *Schæffer* et *Nasse*, elles ont un centre dur, une circonférence molle et se présentent sous forme de granulations. D'après Casabianca, un fait d'une grande valeur diagnostique, c'est la prédilection que manifeste l'ulcération tuberculeuse pour la partie antérieure de la cloison. Aussi l'ulcération nécrosique est-elle le plus souvent limitée au cartilage, au niveau duquel existe une perforation. Quelquefois le vomer est atteint, mais consécutivement. Le plus souvent les poumons ont subi une atteinte sérieuse et l'auscultation acquiert dans ce cas une grande importance. S'il subsiste des doutes, l'examen histologique seul permettra l'affirmation.

D'après Cozzolino, le *lupus* peut se localiser primitivement sur la cloison et dans ce cas, présenter un aspect bourgeonnant avec nodules indurés et livides. Tixier cite dans la *France Médicale*, 1895, un cas de *lupus* primitif survenu chez une femme de 62 ans. L'erreur de diagnostic était facile, et si l'on s'était tenu à l'aspect bourgeonnant de la tumeur, à sa tendance à la récurrence, à l'âge de la malade, on aurait porté le diagnostic de tumeur maligne de la cloison. L'examen histologique seul a tranché la question. D'après Naulin, Moinel, Schmiegelow, qui ont spécialement étudié cette question, le *lupus* de la cloison serait une affection de l'âge adulte. On ne l'observerait que de 20 à 30 ans. La malade de Tixier avait 63 ans.

Le *coryza caséeux* se reconnaît à ce fait qu'il se présente sous l'aspect d'une tumeur molle, ne saignant pas au contact, ne donnant lieu ni à la cachexie, ni à l'engorgement ganglionnaire. Cependant des symptômes importants, tels que enchifrènement presque constant, obstruction nasale, épiphora et photophobie qu'on observe également dans les tumeurs malignes, ont permis l'erreur. Et le Dr Beausoieil dans un important travail sur « l'étiologie et la pathogénie du *coryza caséeux* » cite l'observation d'un maréchal de logis chef du 15^e dragons à Libourne, qui se présenta à la visite porteur d'un *coryza caséeux*. Le major du régiment croyant avoir affaire à une névralgie simple, extirpa les deux premières molaires supérieures qui étaient saines. Le malade n'ayant éprouvé aucun soulagement et l'épiphora augmentant d'intensité, le Dr pratiqua l'ouverture du sac lacrymal pour en faire le cathétérisme. Ces manœuvres excitèrent à tel point les douleurs

du patient qu'il ne put continuer son service et dut demander sa retraite. Le Dr Beausoleil ayant eu occasion d'examiner cet homme, fit le diagnostic et dès, lors, grâce au traitement approprié, le retour à la santé ne se fit pas attendre.

Les *angiomes* peuvent prêter à la confusion, mais d'après Luc on les reconnaîtra à ce que la couleur est plus rouge, la surface plus lisse, tendue et rénitente. Jamais d'engorgement ganglionnaire. La présence de nevi sur le corps établira le diagnostic et dans les cas douteux on aura la ressource de pratiquer une ponction exploratrice.

Les *ostéomes* causent comme les tumeurs malignes de l'enchifrénement, de la céphalalgie et la sensation de de corps étranger dans la fosse nasale. Le stylet accusera une dureté toute spéciale. L'absence d'hémorrhagies, la lenteur de l'évolution, etc., permettront d'éviter l'erreur.

Les *enchondromes* offrent à peu près les mêmes caractères et sont toujours observés dans le jeune âge.

Le *rhinosclérome* a été décrit par Hébra comme une affection néoplasique du nez. Kaposi en a fait un gliosarcome, et Verneuil un simple épaissement de la cloison, très difficile à diagnostiquer d'avec les épithéliomas. Les observations de Verneuil publiées dans la thèse de Casabianca montrent que la *grossesse* et la *syphilis* exercent une certaine influence sur cette catégorie de tumeurs. Le rhinosclérome a l'aspect rougeâtre, fongueux et papilliforme ; il se développe très facilement, peut présenter des alternatives d'amélioration et d'aggravation. Jamais sa transformation en tumeur maligne n'a pu être observée.

Le *polype muqueux* ne devra pas être confondu avec

une tumeur maligne bien que leur coexistence ait été plusieurs fois signalée. (Schœffer, deutsche mediz. Wochenschrift 1882 ; Hopmann, Virchows archiv. t. 93, p. 235 ; Terrier, Voltolini, etc.) L'analyse des troubles fonctionnels sera d'un certain poids quoique d'après Casabianca l'intervention s'impose dès le début. Le plus souvent le polype muqueux s'insère sur la paroi externe de la fosse nasale, mais il a plusieurs fois été observé sur la cloison (Luc. Natier, Wordon, etc.). Il se présente sous l'aspect d'une tumeur opaline, grisâtre, munie d'un pédicule et présentant à sa surface des petits vaisseaux minces et ténus, comparables à ceux de la rétine. On comprendra que l'excès dans les vascularisations superficielles modifiera l'aspect extérieur de cette tumeur qui du reste a une certaine tendance à se transformer en tumeur maligne surtout lorsqu'elle est le siège d'irritations répétées. Ainsi Wordon parle dans la Presse médicale (1896) d'une femme adulte qui par suite d'irritations répétées de la muqueuse pituitaire de la cloison favorisa la transformation d'un polype muqueux en fibreux. Nous rapportons nous-même dans notre thèse trois observations où la transformation maligne paraît due aux irritations répétées causées par des tentatives d'arrachement avec l'ongle (M.-O. Weber Pitha et Billroth Handbuch der allgem. und. spec. chirurgie. Band. III. p. 207) rapportent des faits analogues de polypes muqueux dont la transformation s'opéra sous l'influence de plusieurs tentatives infructueuses ou incomplètes d'extraction. Dans tous les cas, lorsque le doute subsiste sur la nature d'une production pathologique de la cloison, pédiculée ou non, l'extirpation précoce est con-

seillée par *Moure* et par *Casabianca*. La confusion est la règle et *Follin* et *Duplay* dans leur *Traité de pathologie externe* nous apprennent « que les néoplasmes des fosses nasales sont facilement confondus avec les polypes muqueux. Il est vrai qu'à l'aspect extérieur, l'épithélioma cylindrique ne diffère en rien du polype muqueux. La nécessité d'un examen histologique s'impose.

Diagnostiquer un *sarcome* au simple examen n'est point chose aisée. *Hemle* attache une importance très grande à la consistance des tumeurs au point de vue du diagnostic. « Les sarcomes embryonnaires sont mous, les sarcomes à myéloplaxes donnent au toucher une sensation de parchemin, quand ils n'ont pas fourni les phénomènes de la dégénérescence ; dans ce cas, ils peuvent être fluctuants, mais la base reste toujours dure. Les fibrosarcomes et les sarcomes fuso-cellulaires sont durs, à moins qu'ils ne soient creusés de kystes. Ces signes physiques sont surtout appréciables au début de l'affection. » Dans la forme globo-cellulaire, la tumeur déborde de chaque côté du septum et revêt l'aspect fluctuant d'une collection liquide.

Différencier le *carcinome* d'avec le *sarcome* n'est point chose facile, car ces tumeurs ont une foule de caractères communs. Cependant, d'après *Schmiegelow*, il existerait dans l'aspect des sarcomes et des carcinomes, une particularité qui joue un grand rôle au point de vue du diagnostic différentiel. Tandis que les carcinomes s'ulcèrent très rapidement et ne conservent que pendant un temps relativement court l'aspect polypiforme, les sarcomes, au contraire, conservent plus longtemps intacte

l'écorce fibreuse qui les revêt, ne s'ulcèrent que tardivement, après avoir déjà atteint un énorme développement et s'être accrus hors de la cavité nasale. Cette circonstance caractéristique pour les sarcomes, trouve son explication dans ce fait que, dans tous les cas de sarcome du nez, on a affaire à des sarcomes périostaux ou périchondraux. » L'âge est encore un facteur important, puisque Dreyfuss n'a point trouvé de carcinome au-dessous de 46 ans. Ce même auteur attache une importance capitale à ce fait que l'hémorrhagie spontanée est très rare dans le carcinome, tandis qu'elle est de règle dans le sarcome, particulièrement dans la forme à cellules arrondies. De plus, le carcinome de la cloison semble exclure les métastases générales, ce qui constitue un symptôme important à opposer aux sarcomes malins.

La sécrétion fétide du carcinome permettra encore de différencier cette tumeur d'avec le sarcome.

Quant à l'*épithélioma* de la cloison, ses symptômes sont assez semblables à ceux du carcinome, et d'après Moure, son aspect extérieur ne diffère pas de celui des sarcomes et des polypes muqueux. Cependant, il est plus rosé, plus vasculaire à sa surface, saigne au moindre contact. De plus, ce néoplasme est unique, et sa marche vers les parties voisines est précoce.

Il en résulte des déformations multiples, des douleurs précoces, la tumeur s'ulcère spontanément avec, comme conséquences, des épistaxis, sécrétion fétide, etc. Un fait important c'est l'engorgement des ganglions sous-maxillaires qui apparaît dès le début de l'affection. On ne l'observe pas dans le carcinome et le sarcome. L'amaigrisse-

ment est rapide, la teinte jaune paille des téguments est un précieux indice.

On voit combien est difficile le diagnostic des tumeurs malignes et combien doit être fréquente l'erreur. Ajoutons à cela que par l'exploration, le point d'insertion de la tumeur est souvent très difficile à déterminer, surtout lorsque la tumeur a acquis un certain volume et que les actes respiratoires ne la mobilisent pas dans le nez. L'interrogatoire du malade pourra être utile. Dans tous les cas on explorera avec un stylet mousse et recourbé ou avec l'anse froide en s'entourant de toutes sortes de précautions pour ne pas ulcérer la tumeur et éviter des hémorrhagies. Dans le cas de polype inséré sur la cloison, on devra toujours se méfier et songer à la possibilité d'une tumeur maligne.



Pronostic

Le pronostic des tumeurs malignes de la cloison est presque toujours fatal et à brève échéance. La mort résulte le plus souvent de l'abondance des épistaxis et de la généralisation de l'état cancéreux. Cependant il est des formes de sarcome dont le pronostic est moins grave. *Calmettes et Châtellier* citent l'observation d'un fibro-sarcome de la cloison ayant évolué d'une façon aussi bénigne, sauf des épistaxis répétées mais peu abondantes, qu'un polype muqueux. Dans notre thèse nous rapportons 4 observations personnelles de tumeurs sarcomateuses, dont le pronostic semble très favorable, puisque les malades revus après l'extirpation du néoplasme ne présentaient aucune trace de récurrence.

D'après Helme et Plicque (Union médicale 1895) lorsqu'on se trouve en présence d'un soulèvement total et diffus de la muqueuse, il faut y attacher une grande importance au point de vue du pronostic et ils adoptent les règles suivantes : l'intervention chirurgicale est indiquée dans tous les cas de sarcome myéloïde ; la récurrence est fréquente dans le sarcome fasciculé ; elle est la règle dans le sarcome encéphaloïde. Dans les formes bénignes de sarcome, lorsque l'évolution est lente, l'intervention chirurgicale semble devoir arrêter d'une façon définitive la marche envahissante du néoplasme. Dans la forme maligne (encéphaloïde) du sarcome, la guérison est moins

certaine et il est très difficile d'empêcher la marche rapide vers les parties supérieures et vers le crâne après perforation de la lame criblée de l'ethmoïde. Toutefois, lorsque les sarcomes sont accessibles et pédiculés, ils ont plus de chances de guérison que les carcinomes et les épithéliomes. Les récidives elles-mêmes ne doivent pas détourner de nouvelles interventions ; témoin l'observation d'Hopmann. Il s'agit d'un homme présentant une tumeur bourgeonnante, non pédiculée, assez étendue ; elle sortait des cellules ethmoïdales, de la fente située entre le cornet moyen et l'ethmoïde et du canal nasal. Toute la tumeur fut enlevée et cautérisée, fragment par fragment, à l'anse et au galvano-cautère. On dut réséquer une partie de l'ethmoïde et cautériser le point d'implantation au chlorure de zinc. Dans la même année et en l'espace de cinq mois, il y eut 4 récidives, chaque fois détruites. Une cinquième récidive qui apparut 6 mois plus tard était insignifiante et depuis, le malade a écrit qu'il était tout à fait bien.

Le cas de Mason est aussi significatif, puisque ce n'est qu'au prix de trois opérations pour récidive qu'il obtint une guérison qui ne s'était pas démentie 7 ans plus tard. M. le D^r Seugense nous a communiqué l'observation V (inédite) que nous publions dans notre thèse. Il y avait eu récidive et après une opération plus radicale, dont nous donnons la description, la guérison s'est maintenue un an après, parfaite. L'examen histologique de la tumeur n'a pu être fait, le diagnostic clinique porté par MM. les D^{rs} Guément et Sengense était celui d'épithélioma. Moure a

cité deux cas de sarcome qu'il extirpa et qui ne récidivèrent jamais.

Dans le carcinome et l'épithélioma le pronostic est toujours très grave et la mort survient promptement. Elle est le résultat de la généralisation de l'état cancéreux. D'après Dreyfus « les affections malignes du septum considérées au point de vue de la survie, fournissent un pronostic beaucoup plus favorable que les carcinomes de la région nasale supérieure; la raison est qu'on les reconnaît plus tôt et plus facilement et qu'en se développant hors de l'orifice du nez, elles attirent l'attention des malades les moins intelligents ». Les guérisons sont exceptionnelles et parfois les récidives et l'extension du mal n'empêchent pas le malade de vivre encore bien des années.



Traitement

Le traitement des tumeurs malignes et primitives de la cloison devra être exclusivement chirurgical et pratiqué aussi rapidement et aussi complètement que possible. Nous n'entrerons pas dans le détail des méthodes employées, nous ne saurions mieux faire que notre ami le Docteur Stamatiadès qui a réservé dans sa thèse (Paris 1895) un long et intéressant chapitre au traitement chirurgical des tumeurs des fosses nasales. Toutefois, et c'est l'avis de notre maître le Dr Moure, ou bien les tumeurs occupent le tiers antéro-inférieur de la cloison, ou le tiers moyen, et dans ces cas elles sont accessibles par les voies naturelles antérieures et c'est à ce procédé qu'on devra recourir, ou bien elles siègent dans la partie supérieure du septum, c'est-à-dire dans cette région de la lame perpendiculaire de l'ethmoïde en rapport direct avec le labyrinthe ethmoïdal et la lame criblée de l'ethmoïde, et dans ces cas, lorsque les malades se présentent à notre examen, la région supérieure est envahie dans des limites inappréciables. On comprendra dès lors que toute intervention, soit par les voies naturelles, soit par la voie externe est, sinon dangereuse, du moins inutile, puisqu'on ne peut être assuré d'atteindre tous les points d'implantation. Or lorsqu'on ne peut tailler en tissu sain, la récurrence est de règle.

Les tumeurs peuvent encore siéger dans la partie postérieure de la cloison, ce qui est rare, et suivant qu'elles

occuppent la lame perpendiculaire de l'ethmoïde ou le vomer, elles envahissent rapidement la cavité du sinus ethmoïdal ou des cellules ethmoïdales pour atteindre des régions inaccessibles aux voies thérapeutiques interne ou externe.

Nous concluerons donc. Ou bien les malades se présentent avec des néoplasmes bien limités à une portion de la cloison. Dans ce cas il sera facile de les contourner avec le stylet et d'en préciser le siège avec l'œil, et l'on en pratiquera l'extirpation par les voies naturelles. Ou bien la tumeur a acquis un volume considérable, a gagné les cavités accessoires et inférieures, (sinus maxillaire) et dans ce cas l'une des voies externes palatine, maxillaire ou autre, devra être choisie. Mais on sait combien sont aléatoires les interventions dans ces cas avancés. En résumé, les procédés opératoires employés sont : *l'électrolyse* (méthode très discutée). Moure a accueilli favorablement la méthode bipolaire. Le procédé par *arrachement* n'est pas sans danger, il expose souvent à des hémorrhagies redoutables.

La méthode par *broiement* a été complètement laissée de côté. *L'excision* n'est qu'une opération préliminaire, dont la *rugination* est le complément.

Le Dr Beausoleil a proposé au Congrès pour l'avancement des sciences (Section de chirurgie août 1895) un procédé de *décortication* de la muqueuse à l'aide de pinces spécialement destinées à cet usage. Ce procédé, que nous avons vu pratiquer par l'auteur, pour des polypes récidivants, consiste à décortiquer toute la muqueuse malade à l'aide de pinces doubles oblongues, fenêtrées ou non et

ressemblant aux pinces laryngiennes. Ces pinces très étroites et longues peuvent pénétrer facilement jusque dans les parties supérieures des fosses nasales, même lorsque celles-ci sont rétrécies par l'inflammation que provoque la tumeur.

La *Cautérisation* est très en faveur depuis quelques années et les procédés précédemment exposés ont été remplacés par la ligature extemporanée des tumeurs avec l'anse froide, ou bien l'excision à l'anse galvanique.

Les polypotomes de Duplay, de Wilde de Hartmann, le serre-nœuds de Blacke, de Kinight, de Ruault de Baratoux etc, sont spécialement destinés à cet usage. Bien entendu, quelle que soit la méthode choisie on devra, au préalable, faire l'antisepsie rigoureuse des fosses nasales.

M. Lermoyez a montré la possibilité d'infection secondaire due au défaut d'antisepsie rigoureuse préalable.

Si l'on est obligé de recourir à la voie externe, l'on devra employer, suivant le siège, le volume du néoplasme, l'un des procédés suivants :

1° *Procédé de Verneuil* (Incision en Y renversé). — Applicable surtout aux tumeurs peu volumineuses de la cloison.

2° *Procédé de Chassaignac*. — Il consiste à détacher le nez à sa racine et sur l'un de ses côtés, pour le renverser sur le côté opposé de la face. Ce procédé a été employé avec grand succès par Monsieur le Docteur Sengense dans le cas rapporté à l'observation V de notre thèse. A l'heure actuelle c'est à peine si l'on voit sur le côté du nez une petite ligne rosée cicatricielle. Legouest et Denucé ont modifié quelque peu ce procédé.

3° *Procédé d'Ollier*, appelé par l'auteur ostéotomie verticale et bilatérale du nez. Il consiste à renverser le nez de haut en bas.

4° *Procédé de Lawrence*. — Renversement du nez de bas en haut.

Un des dangers les plus communs, qui succède à l'ablation de ces tumeurs est l'*hémorrhagie* qui, dans certains cas, acquiert une importance extrême, lorsque, par exemple, elle survient chez un individu affaibli par les épistaxis antérieures et arrivé à une période cachectique avancée.

On obviara à cette complication en pratiquant au préalable un tamponnement postérieur des fosses nasales avec de la gaze iodoformée qu'on enlèvera 48 heures plus tard de façon à ne pas provoquer de la rétention, si favorable à l'éclosion des éléments pyogènes. Plicque recommande spécialement les irrigations abondantes et froides. L'antipyrine a été employée avec succès. On devra, dans tous les cas, pratiquer l'antisepsie rigoureuse des fosses nasales, soit, comme l'indique Verneuil, à l'aide de pulvérisations phéniquées, soit, ce qui est préférable, à l'aide d'irrigations antiseptiques fréquemment renouvelées.

Pour éviter les *récidives*, ou du moins, pour les rendre aussi peu fréquentes que possible, la *rugination* et la *cautérisation* avec la pointe d'un galvano-cautère semblent la méthode la plus répandue chez les spécialistes modernes. Certains perforent la cloison au galvano-cautère au niveau du point d'implantation et taillent en tissu sain. S'il existe des ganglions sous-maxillaires, on devra les extirper radi-

calement. On devra en outre revoir souvent le malade et cautériser profondément toute tendance à récidue.

Lorsqu'il s'agit de tumeurs pédiculées, Plicque conseille de ne jamais enserrer le pédicule dans une anse galvanique, mais plutôt d'y parvenir par une incision extérieure, découvrant réellement le pédicule. D'après Dieffenbach et Verneuil, une incision simple et peu profonde suffit toujours pour arriver sur le pédicule et enlever la tumeur.

Jamais on ne devra recourir à la *traction* partielle et par fragments d'une tumeur. Terrier détermina une hémorragie très importante pour avoir voulu arracher de la cloison un petit fragment de tumeur destiné à l'examen histologique. D'autre part, Del Grecco détermina une méningite mortelle pour avoir tiré sur un névrome du nerf maxillaire inférieur, croyant avoir affaire à une tumeur.

En résumé, l'indication du traitement devra varier avec le siège et l'étendue du néoplasme. Le galvanocautère et la rugination semblent être la méthode de choix. Toutefois, lorsqu'une grande opération préalable s'impose, on a le choix entre la voie nasale et la voie palatine. La première devra être préférée selon nous, malgré les cicatrices disgracieuses qui peuvent en être le résultat, car elle ouvre une voie plus large que la voie palatine, forcément limitée aux dimensions du voile. De plus, avec cette dernière méthode, on n'est jamais assuré, malgré la staphylorrhaphie, de restaurer complètement le voile du palais. Souvent, même dans les cas heureux, on a constaté de la paralysie du voile.

Avec Plicque, nous dirons que les *contre-indications*

opératoires seront tirées de l'état général du malade. Les métastases viscérales, notamment dans les poumons et le foie, sont fréquentes à une période avancée du mal. Même sans lésion appréciable, un état cachectique avancé est une contre-indication sérieuse.

Les contre-indications résultant de l'état local seront beaucoup plus difficiles à apprécier, car il y a fréquemment des irradiations multiples et prolongées, et celles à travers l'ethmoïde sont les plus sérieuses des contre-indications, quoique souvent, elles ne puissent être soupçonnées, à cause du peu de retentissement qui accompagne leur évolution (cas de Péan).

En cas de contre-indication opératoire, le traitement médical pourra parfois être utile. Voltolini recommande la tisane de Zittmann. Pour combattre les hémorrhagies, on se trouvera bien d'applications d'antipyrine en poudre ou d'une solution au dixième.

Dans ces dernières années, Terrier s'est bien trouvé d'applications répétées de poudre de chlorate de potasse. Il a vu sous l'influence de cette médication, un épithélioma de la cloison rétrocéder et guérir.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I (personnelle)

Myxo-Sarcome

Madame G..., 33 ans se présente à la clinique laryngologique du docteur Moure le 27 juin 1895, se plaignant d'une affection nasale.

Pas d'antécédents héréditaires : son père et sa mère sont vivants et jouissent l'un et l'autre d'une excellente santé. Elle n'a ni frères ni sœurs.

Rien de particulier à noter au point de vue des antécédents personnels.

La malade raconte que depuis bientôt trois ans elle éprouve des douleurs lancinantes à l'entrée de la narine gauche et que la moindre modification atmosphérique provoque chez elle des coryzas interminables. Par son nez s'écoule presque constamment un liquide filant et légèrement trouble. Pour ces diverses raisons elle a contracté l'habitude de porter fréquemment son doigt dans le nez et de se moucher à chaque instant. Il y a deux ans elle constata par hasard qu'il existait sur la cloison de la fosse nasale gauche et presque à l'entrée du nez, une petite excroissance de chair que la malade cherchait à arracher avec

le doigt provoquant presque à chaque irritation l'émission de quelques gouttes de sang. Elle éprouvait des douleurs s'irradiant vers la racine du nez et provoquant parfois un peu de larmoiement. Pas d'autres symptômes, ni céphalée, ni étourdissements, ni vertiges.

Cette tumeur qui, au dire de la malade, était restée pendant deux ans stationnaire, a évolué rapidement et en deux mois a atteint le volume actuel qui est à peu près celui d'une noisette. La malade éprouve de la gêne respiratoire, les attouchements incessants de la tumeur, provoquent de légers saignements de nez et la malade se décide à venir à la clinique du docteur Moure.

Etat actuel. — A l'inspection directe du nez, on ne constate rien d'anormal ; il n'existe ni déformation, ni gonflement de cet organe. En relevant le lobule, on aperçoit une tumeur qui obstrue presque complètement la fosse nasale gauche. Pas d'inflammation de l'entrée des narines. Il existe simplement un peu de rougeur à la partie inférieure de l'entrée du nez, produite par les sécrétions filantes que provoque la présence de cette tumeur. Pas d'engorgement ganglionnaire appréciable.

Par l'examen rhinoscopique antérieur on voit que la tumeur prend naissance sur la cloison par un pédicule siégeant environ à 1^{cm} 1/2 de l'entrée des fosses nasales. Cette tumeur repose par sa partie inférieure sur le plancher nasal et est accolée au cornet inférieur. Avec un stylet, on contourne la tumeur du côté externe et inférieur. Cet examen n'est pas sans difficulté car la tumeur saigne au moindre contact.

La tumeur est oblongue, de forme irrégulière, très rouge à surface bosselée. Elle semble adhérer à la cloison par une large surface, mais il est facile de se convaincre, à l'aide du stylet, qu'elle s'y rattache par un pédicule assez mince, issu de la partie antérieure et supérieure de la tumeur.

Traitement. — La tumeur est enlevée à l'anse galvanique

par Monsieur le docteur Beausoleil, chef de la clinique laryngologique. L'opération a été très simple. Pas d'écoulement de sang et, la tumeur enlevée, on constate qu'il n'existe pas d'inflammation de la muqueuse pituitaire. Bien que la tumeur ait pu être saisie avec l'anse galvanique aussi près que possible de la cloison, le docteur Beausoleil, par surcroît de précautions, cautérise assez profondément, au galvano-cautère, le point d'implantation de la tumeur.

Pansement. — Insufflation de poudre d'iodoforme et pommade antiseptique composée avec acide borique et aristol. La malade a été revue une huitaine de jours après : elle dit n'avoir éprouvé aucune douleur et n'avoir pas eu de saignement de nez. La plaie est à peu près complètement cicatrisée. Il existe seulement à la partie inférieure, un petit bourgeon charnu, de la grosseur d'un grain de chenevis qui est cautérisé au galvano-cautère. La malade est revue un mois après. La plaie est complètement cicatrisée ; la cicatrice est blanchâtre, étroite, et tranche nettement avec la muqueuse rosée environnante. On peut considérer la malade comme guérie, elle n'est plus revenue à la clinique. La tumeur a été mise, sitôt enlevée, dans l'alcool sublimé et Monsieur le docteur Brindel, qui a pratiqué les coupes et l'examen histologique, a bien voulu nous communiquer la note suivante :

Examen histologique. — A la périphérie de la coupe, on voit nettement une portion plus colorée, mince en certains endroits, épaisse en d'autres, et formant à la tumeur une sorte de revêtement. Ce revêtement, dans les points minces, est composé de cellules épithéliales très aplaties, pressées les unes contre les autres et disposées en deux ou trois rangées seulement pour former l'épaisseur toute entière. Dans d'autres points, il existe un plus grand nombre de couches (7 ou 8 environ), mais bientôt il n'est plus possible de distinguer les cellules les unes

des autres ; à peine reconnaît-on la rangée la plus profonde, car les autres ont subi une sorte d'altération hyaline et ne forment plus qu'une masse réticulée, à mailles allongées dans le sens de la périphérie de la tumeur, et infiltrée, deci delà, de petites cellules rondes à noyau très coloré.

Au dessous de l'épithélium, sur une grande partie du pourtour de la tumeur, existe du tissu muqueux facilement reconnaissable à ses petites cellules espacées, munies de prolongements, à son réticulum délicat, et à la substance intercellulaire très abondante n'ayant pas pris la coloration. En plusieurs endroits existe toutefois une infiltration de cellules embryonnaires au milieu du tissu muqueux et les vaisseaux qu'on y rencontre en assez grand nombre, ont leur endothélium déjà très épaissi par prolifération cellulaire.

Le reste de la coupe (centre et certaines portions de la périphérie) est occupé par une quantité considérable de cellules sarcomateuses, pressées les unes contre les autres, disposées dans tous les sens, mais affectant le plus souvent une forme allongée.

Les vaisseaux sont très nombreux dans des points sarcomateux, très dilatés, et donnent presque à la coupe un aspect angimeux. Quelques-uns n'ont pas de paroi propre ; d'autres ont leurs parois dissociées par les cellules sarcomateuses, et l'endothélium est également en voie de prolifération très active.

Il s'agit ici d'un sarcome avec points myxomateux à la périphérie, peut-être d'un myxome primitif, en train de dégénérer en sarcome.

OBSERVATION II (inédite).

Angio-Sarcome.

(Communiquée par Monsieur le Docteur Beausoleil).

Monsieur M..., âgé de 37 ans, demeurant à Monségur (Gironde), se présente à la consultation du D^r Beausoleil dans les premiers jours de janvier 1893 pour une affection nasale.

Comme antécédents héréditaires, son père est mort tuberculeux. Sa mère vit et se porte bien.

Un frère est mort à 12 ans d'une affection sur la nature de laquelle il ne sait pas nous renseigner. Une sœur se porte bien.

Les antécédents personnels du malade sont peu chargés. Quoique malingre et d'aspect maladif, il prétend n'avoir jamais rien eu, si ce n'est la rougeole à l'âge de 3 ans.

Depuis environ deux ans, le malade a observé qu'il s'enrhûmait facilement et avait assez fréquemment de légères épistaxis. Et il y a 11 mois, quelques jours après une hémorrhagie assez abondante, le malade a constaté la présence d'une croûte assez épaisse siégeant sur la cloison dans la fosse nasale droite et à 1 centimètre environ de l'ouverture antérieure. Il l'arracha avec le doigt et déterminâ une hémorrhagie assez abondante pour qu'on fut obligé de pratiquer un tamponnement antérieur. A partir de ce moment, ayant eu la curiosité de regarder l'intérieur de son nez dans une glace, il vit sur la cloison, à droite et à l'endroit sus indiqué, un petit bourgeon charnu, de « coloration noirâtre », saignant facilement au moindre attouchement ou lorsque le malade se mouchait un peu brusquement.

Douleurs lancinantes locales ; aucun trouble du côté des

yeux, pas de céphalée, en somme aucun des symptômes généraux.

Depuis quelque temps, la tumeur ayant augmenté de volume et le malade éprouvant de la gêne respiratoire, se décide à consulter le Docteur Beausoleil.

Etat actuel. — Le malade est grand, maigre, figure pâle, anémié, nez saillant, ayant le facies presque adénoïdien. A l'examen rhinoscopique antérieur, on constate que la fosse nasale droite est obstruée par une tumeur bosselée, rouge, paraissant assez dure au contact et saignant très facilement. Il est aisé de constater, à l'aide du stylet explorateur, que cette tumeur se détache de la cloison à laquelle elle semble suspendue, sans toucher le plancher nasal par sa portion inférieure, et laissant à ce niveau un pertuis par lequel l'air et les mucosités peuvent passer. Par son bord externe, elle vient appuyer très faiblement sur la portion antérieure du cornet inférieur. Léger coryza, chronique, pas de ganglions sous-maxillaires.

Traitement. — Le Docteur Beausoleil pratique sans peine l'ablation, après cocaïnisation et antisepsie rigoureuse des fosses nasales, à l'aide du serre-nœuds galvanique. Malgré toutes les précautions prises (fil chauffé au rouge sombre, section lente, etc) il se produit, aussitôt l'ablation de la tumeur, une abondante hémorrhagie qui nécessite un tamponnement compressif. Toutes les fois qu'on supprimait la compression, l'hémorrhagie se produisait en trop grande abondance pour qu'il fut possible de cautériser le pédicule. Au bout de deux heures de compression seulement il fut possible de cautériser largement et complètement le pédicule qui apparaissait alors assez large et siégeait à l'union de la cloison osseuse et cartilagineuse.

Le malade est revu 3 jours après. Il n'y a pas eu d'hémorrhagie. La plaie est recouverte par une escarre blanchâtre que le Docteur Beausoleil ne juge pas à propos d'enlever. Quinze

jours après la cicatrisation est complète, pas d'accidents survenus.

Revu un an et demi après l'opération, le malade ne présente pas trace de récurrence.

La tumeur mise dans l'alcool absolu a été examinée par M. le Docteur Hobbs, chef de clinique médicale à la Faculté de Médecine de Bordeaux et préparateur d'anatomie pathologique, qui a bien voulu nous communiquer la note suivante :

La tumeur que nous avons examinée a d'abord été fixée par l'alcool, puis, après un passage successif de deux heures dans un bain d'alcool absolu et de chloroforme, plongée dans un bain de parafine à l'étuve à 54°. Au bout de 24 heures, le fragment a été débité en coupes au microtome de Viallanes. Ces coupes, bien sèches, ont été débarrassées de la parafine par l'essence de thérébentine, puis traitées par l'alcool. Elles ont été colorées selon la méthode de Monsieur le Professeur agrégé Auché, basée sur le procédé de la triple coloration par la cochenille, le tannin en solution aqueuse et l'éosine en solution alcoolique.

Examiné au microscope à un faible grossissement, (oculaire 3, objectif 3, Leitz), le fragment apparaît sous la forme d'un tissu présentant trois degrés de coloration : (rouge foncé, rouge clair, une teinte saumon très-clair). Les noyaux des cellules sont colorés en rouge foncé, leur protoplasma et les globules sanguins emplissant les vaisseaux sanguins sont colorés en rose, et tout le tissu conjonctif apparaît avec cette teinte saumon. Les vaisseaux apparaissent très nombreux, les uns petits, mais limités cepen-

dant par une paroi assez nette ; les autres sont d'un volume assez considérable (1^{cm} carré à peu près au grossissement) pourvus d'une paroi nettement accusée, et enfin on voit de grandes lacunes à contours sinueux, limitées par les cellules et remplies comme les précédents vaisseaux de globules sanguins colorés en rose et très serrés les uns contre les autres. Ça et là on trouve des îlots de ce tissu coloré en rose saumon, se présentant, par endroits, sous forme de colonnettes, en d'autres, au contraire, sous forme de larges plaques, ailleurs enfin sous forme de zones plus ou moins larges, au milieu desquelles baignent les éléments cellulaires et des vaisseaux.

L'impression première est que l'on se trouve en face d'un tissu à néo-formations vasculaires considérables, séparées les unes des autres par un stroma fibrillaire ; mais déjà, à ce faible grossissement, on aperçoit quelques points où ce dernier tissu semble disparaître pour faire place à des éléments cellulaires.

Enfin, dans un endroit placé à peu près au milieu du fragment, on trouve, remplaçant la dermo-muqueuse presque toujours intacte, une large zone de tissu fortement coloré, fortement ponctué, à contours très irréguliers et rappelant une ulcération.

A un fort grossissement (ocul. 3, obj. 7, Leitz) si nous examinons d'abord les vaisseaux, nous voyons que la plupart sont remplis de globules sanguins et que leur paroi, purement embryonnaire, est formée par la juxtaposition de cellules allongées, aplaties, possédant un noyau fortement coloré en rouge par la cochenille.

Sur certains points, notamment au niveau d'une

grande lacune à bords festonnés, on voit que cette paroi n'a pas été assez résistante et que les globules sanguins se sont livrés passage à travers elle pour inonder une petite zone de tissu environnant.

Par contre, quelques rares vaisseaux possèdent une paroi assez épaisse, formée de grosses cellules disposées sur plusieurs couches ; disons cependant que l'on ne peut pas décrire à ces vaisseaux des couches distinctes.

Si nous passons en revue, le tissu d'apparence fibrillaire, nous voyons qu'il est creusé de petites lacunes assez nombreuses, remplies de cellules dont le noyau occupe pour ainsi dire presque tout le protoplasma et qui sont disposées en amas de 4. ou 5 cellules. Enfin il y a des zones où le tissu fibrillaire disparaît complètement pour faire place à des éléments cellulaires polymorphes. (Il y en a de ronds, d'autres allongés) possédant un, deux ou plusieurs noyaux.

Nous dirons donc que cette tumeur est tout d'abord un angiome creusé dans un tissu fibrillaire assez mince et, de plus, la présence de ces éléments cellulaires agglomérés, serrés les uns contre les autres, possédant un noyau remplissant presque toute la cellule, nous fait penser à une dégénérescence sarcomateuse qui serait venue se greffer. Ceci irait du reste avec la nature spéciale des productions angiomateuses, qui, quoique très abondantes, toutes remplies de globules sanguins, n'ont qu'une paroi excessivement rudimentaire, insuffisante même sur quelques points et différant complètement de la paroi ordinairement fibroïde que l'on trouve dans les angiomes d'apparence caverneuse.

OBSERVATION III (personnelle)

Fibro-Sarcome

M^{me} Aud..., 65 ans, demeurant à Bordeaux, se présente à la clinique laryngologique du Dr Moure le 15 mai 1895 pour une tumeur de la fosse nasale droite.

Rien à noter au point de vue des antécédents héréditaires et personnels.

La malade dit n'avoir jamais ressenti la moindre douleur dans le nez ; c'est par hasard, il y a environ un an, qu'elle a constaté la présence d'un petit bouton, à l'entrée du nez, sur la cloison du côté droit. Elle écorchait fréquemment ce bouton soit avec le doigt soit avec la tête d'une épingle et provoquait des saignements de nez parfois assez abondants. Il se formait à la suite une croûte que la malade enlevait aussitôt. Il y a environ 4 mois, 2 jours après avoir enlevé une croûte un peu épaisse, la malade éprouva dans le nez une douleur assez vive qui ne tarda pas à être suivie d'un gonflement de la pointe du nez et de toute la fosse nasale qui est très rouge. Et les douleurs primitivement locales ne tardèrent pas à s'irradier jusque dans l'œil du côté correspondant, provoquant du larmoiement et de la photophobie. La malade croyant avoir affaire à un abcès consulta son médecin qui lui conseilla quelques bains de nez dans de l'eau salée chaude. La tuméfaction disparut assez promptement, mais la malade s'aperçut que la tumeur augmentait notablement de volume et en trois mois elle a obstrué complètement la fosse nasale.

Examen. — On constate que toute la fosse nasale droite est absolument obstruée par une tumeur rouge vineuse. Cette

tumeur fait saillie au-dehors de la fosse nasale et saigne assez facilement. Le lobule du nez est rouge, légèrement tuméfié ainsi que l'ouverture antérieure de la fosse nasale.

Au toucher, elle paraît être de consistance assez dure. Son volume est celui d'une petite amande de grand diamètre antéro-postérieur. Avec le stylet on peut la contourner et constater qu'elle adhère à la cloison par une surface très large (1 cent. environ comme longueur sur une épaisseur de 1/2 centim.)

Le point d'implantation siège à l'union du plancher et de la cloison, elle empiète sur cette dernière sans s'étendre sur le plancher à environ 1/2 cent. de l'entrée de la narine. La malade effrayée à l'idée d'une opération ne revient à la clinique qu'un mois plus tard décidée cette fois, à cause de l'aggravation des divers symptômes, et parce que la veille elle a été effrayée par un saignement de nez assez abondant.

Opération. — La tumeur est enlevée à l'anse galvanique par le D^r Beausoleil. Il se produit une hémorrhagie assez abondante par ce fait que le fil galvanique avait été porté à une température trop élevée.

Le D^r Beausoleil fit un tamponnement compressif pendant un quart d'heure puis cautérisation galvanique portant sur tout le point d'implantation.

Insufflation de poudre d'iodoforme et d'aristol.

Pommade boriquée.

La malade est revue trois jours après. Une escharre grisâtre recouvre encore tout le point d'implantation. Il n'y a pas eu d'écoulement de sang.

Nous ne pouvons rien dire au point de vue de la récurrence, la malade n'étant plus revenue à la clinique.

L'examen histologique a été pratiqué par M. le D^r Brindel au laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de Médecine, il a bien voulu nous la communiquer.

Examen histologique. Sur un point de la périphérie de la coupe, il existe un épithélium normal avec formations papillaires ; les cellules composant les couches les plus superficielles de cet épithélium sont pavimenteuses stratifiées, ont perdu leur noyau et forment un liséré rouge plus foncé que le reste de l'épithélium ; les couches immédiatement sous-jacentes voient leurs cellules, munies de noyaux, perdre peu à peu leurs caractères pavimenteux pour devenir cubiques et, profondément, cylindriques. Un grand nombre de cellules cubiques ont perdu l'altération vacuolaire.

Sur le reste de la périphérie, on trouve une couche assez épaisse, très foncée, faisant suite de chaque côté à l'épithélium normal et dont le fond est à peu près partout coloré uniformément en rouge violacé. Deci delà il est pourtant mêlé de stries violettes disposées dans le sens longitudinal et formées de noyaux allongés et petits. En certains points existent des amas de matière colorante du sang, facilement reconnaissables à leur coloration par l'hématoxyline, qui semblent dissocier la couche périphérique. Aux endroits où la coupe est la plus mince, on voit la substance rouge violacée, formant le fond uniforme, se séparer sous forme de lamelles longitudinales à aspect fibrineux, disposition qui rappelle la constitution d'une fausse membrane. En dehors des stries longitudinales, on aperçoit encore à la surface de la couche enveloppante, une quantité innombrable de noyaux petits, arrondis et colorés en violet.

Si l'on passe maintenant au centre de la tumeur, on y distingue une infiltration sanguine considérable, mais mal délimitée, de la périphérie, de laquelle partent, comme des rayons d'une roue, de grosses travées fibreuses qui vont, en se ramifiant, du centre à la périphérie et donnent à la coupe, du côté de la périphérie de la tumeur surtout, un aspect aréolaire des plus nets.

A un fort grossissement on se rend compte que les parois de ces alvéoles ne sont plus formées, en beaucoup d'endroits, par

du tissu fibreux, mais bien par des cellules allongées, juxtaposées côte à côte au nombre de deux ou trois, pour former l'épaisseur de la paroi tout entière.

Les alvéoles sont remplies par les grosses cellules sarcomateuses munies de prolongements au nombre de deux, trois ou quatre, d'un ou plusieurs noyaux volumineux, dans lesquels on peut distinguer des figures kariokynétiques en abondance.

Par places, le long des grosses travées fibreuses dont la surface présente des noyaux allongés, on voit se presser les uns contre les autres, de petits noyaux dont un fort grossissement décèle la forme polygonale.

Les vaisseaux, dont quelques-uns sont très volumineux, ont presque tous une paroi propre, épaissie, infiltrée de cellules sarcomateuses, et dont l'endothélium a proliféré au point d'obturer, en certains endroits, la presque totalité de la paroi du vaisseau.

En résumé, travées fibreuses et cellulaires et cellules sarcomateuses, telle est la caractéristique de cette tumeur, que nous pouvons qualifier de *fibro-sarcomateuse*.

Nous avouons humblement que notre compétence ne nous eût pas suffi pour porter fermement un diagnostic qui a été confirmé par Monsieur le Professeur Coyne.

OBSERVATION IV (Personnelle)

Fibro-Myxo-Sarcome

M. B..., 28 ans, tonnelier, vient à la clinique laryngologique de M. le Docteur Moure le 16 Mars 1894 pour une tumeur si-

geant dans la fosse nasale gauche et dont il a constaté la présence pour la première fois, il y a environ 4 mois.

Son père est mort à 29 ans d'une fluxion de poitrine. Sa mère est hystérique et a toujours eu des crises nerveuses à l'occasion des moindres contrariétés. Il n'a ni frère ni sœur. Lui-même est marié ; il a deux enfants dont le dernier âgé de 18 mois est scrofuleux.

Au point de vue de ses antécédents personnels, notons qu'il a eu à 3 ans une fluxion de poitrine qui le laissa assez faible. Il toussa pendant deux ans et grâce aux soins dont il fut entouré vécut jusqu'à l'âge de 22 ans sans être incommodé. A cet âge, il eût un anthrax à la partie inférieure gauche de la nuque, qui dura un mois. L'examen des urines, fait à ce moment, révèle la présence d'une notable quantité de sucre. Le malade avait beaucoup maigri, et présentait les symptômes diabétiques (polydipsie polyphagie). Il a suivi un régime rigoureux et ses urines ne présentent plus trace de sucre.

Le malade ne s'enrhume pas facilement, il nie tout antécédent syphilitique, et, interrogé à cet égard, il ne présente pas de symptômes pouvant laisser soupçonner cette diathèse. Il a fréquemment des coryzas, il en a été incommodé tout l'hiver. Son nez est enchifrené et depuis quelques temps il se plaint d'obstruction nasale presque constante et des deux narines. Il provoque, en se mouchant parfois un peu fort, des épistaxis légères. Il ressent des douleurs névralgiques dans les régions frontale et occipitale, mais non localisées du côté de la tumeur. Il mouche des mucosités transparentes, peu abondantes et fluides. Pas de névrose réflexe nasale. Il y a 4 mois, le malade mettant son doigt dans la narine gauche, eut la sensation d'un corps étranger, un peu dur. Avec son ongle, il arriva à détacher gros comme le bout du doigt d'une tumeur blanchâtre, ayant à peu

près l'aspect d'un morceau de lard. Quelques gouttes de sang furent la conséquence de l'ablation de cette tumeur.

Deux mois plus tard, il enleva par le même procédé, un second morceau offrant à peu près les mêmes caractères.

Le malade regardait fréquemment dans sa narine avec un miroir et il voyait la tumeur rouge surtout en dernier lieu. Avec le doigt, des épingles, il irritait et faisait mouvoir la tumeur dans la fosse nasale, puis un jour, il se décida à venir à la clinique du Dr Moure qui pratiqua l'examen rhinoscopique.

Il constata qu'il existait dans la fosse nasale gauche une tumeur rouge, de la grosseur d'une petite noisette, obstruant la partie antérieure de cette fosse. A l'aide du stylet explorateur il put se convaincre qu'on pouvait contourner la tumeur de tous côtés sauf du côté de la cloison où l'on était arrêté par une bride qui vraisemblablement représentait le pédicule de la tumeur.

Cette tumeur rougeâtre, un peu plus dure qu'un polype ordinaire, paraît assez mobile. Par sa face externe elle est accolée aux cornets inférieurs et moyen. Sa surface est assez régulièrement lisse présentant au delà quelques mamelons légers.

Monsieur le docteur Moure enlève cette tumeur à l'anse galvanique, aussi près que possible de la cloison et cautérise son point d'implantation. Pas d'hémorrhagie.

Revue quinze jours après, la malade est complètement guérie et la muqueuse ne semble présenter aucun noyau de récédive.

L'examen histologique a été pratiqué par Monsieur le docteur Brindel qui nous a communiqué la note suivante :

Examen histologique. Les coupes ont été faites transversalement sans passer par le pédicule de la tumeur. Elles ont été soumises à la double coloration préconisée par M. le Professeur agrégé Auché (Cochenille et éosine hémotoxylique).

A la périphérie on constate un épithélium pavimenteux stratifié sur la moitié environ de la circonférence. Mince en certains points, cet épithélium s'épaissit en d'autres ; les cellules qui le composent ont dégénéré en un point, elles ont perdu leur noyau et ont subi la dégénérescence vitreuse. Au milieu d'elles sont disséminés quelques petits noyaux ronds (cellules lymphatiques).

Sur le reste de la circonférence, on ne trouve, plus d'épithélium à proprement parler. Tantôt cet épithélium simplement tombé, tantôt il est remplacé par une agglomération de cellules lymphatiques colorées en violet et indiquant l'irritation du tissu.

Sous l'épithélium on rencontre en 2 ou 3 endroits une couche assez épaisse de tissu nécrotique infiltrée de sang et de cellules lymphatiques.

La masse de la coupe comprend des îlots plus clairs et des îlots plus foncés, sans ligne de démarcation entre les uns et les autres. Les espaces clairs sont constitués par des travées irrégulières, sinueuses, ondulées de tissu fibreux séparant des îlots de tissu non coloré, formé de petites fibrilles conjonctives entrelacées et parsemé çà et là de cellules ronds, le tout offre l'aspect du *fibro-myxome*.

Les espaces plus sombres sont sillonnés de grandes lames fibreuses formant en s'entrecroisant, les alvéoles

remplies de cellules volumineuses, à gros noyaux, ordinairement allongées, mais dirigées dans tous les sens.

En ce point la coupe offre nettement l'aspect du *fibro-sarcome*.

Les vaisseaux qu'on rencontre dans la coupe, et ils sont *nombreux, sont dépourvus de paroi propre*. Les uns sont logés au milieu des cellules sarcomateuses, les autres sont limités par des travées de tissu fibreux. Deux ou trois suivant les coupes, sont très volumineux.

Ajoutons que les points fibro-myxomateux renferment eux aussi des travées de cellules allongées.

En résumé on se trouve en présence d'un *fibro-myxo-sarcome*.



OBSERVATION V (inédite)

(Communiquée par Monsieur le Docteur Sengense)

M. D..., tonnelier, vient consulter le docteur Sengense à la polyclinique pour une tumeur du nez.

Il y a 5 ou 6 ans ce malade, qui jusqu'alors s'était très bien porté, commença à éprouver de la gêne respiratoire du côté de la narine droite. Cherchant à se rendre compte de la cause de cette gêne, il s'aperçut que sa narine était occupée et en partie obstruée par une petite tumeur du volume d'un haricot. Il consulta alors son médecin qui, après quelques cautérisations infructueuses, le conduisit au Dr Guément, il y a de cela 3 ans.

Celui-ci constata dans la fosse nasale droite la présence d'une tumeur framboisée, sessile, implantée sur la cloison, saignant facilement, et ressemblant beaucoup à un papillome. Il détruisit cette tumeur au galvano-cautère et à la curette, mais non sans avoir une hémorrhagie assez abondante.

Après l'ablation, la guérison s'est maintenue deux ans, puis la narine a de nouveau commencé à s'obstruer. En avril 1895 Monsieur Guément qui revit le malade, trouva une tumeur moins limitée que celle qu'il avait enlevée deux ans auparavant et conseilla une extirpation plus radicale. Depuis, le malade n'a fait aucun traitement et n'a cessé de retarder l'opération. Aussi la tumeur a-t-elle continué à s'accroître, mais sans déterminer de phénomènes douloureux. Dès cette époque, quand le malade se mouchait un peu fort, il mouchait un peu de sang.

Au mois d'août 1895, une légère saillie apparut à peu près à égale distance du rebord de l'aile du nez et du grand angle de l'œil ; puis, peu à peu, cette tuméfaction augmenta et remonta

vers le grand angle. Au dire du malade, cette tumeur était le matin au réveil moins volumineuse que le soir. Depuis environ un mois, la peau s'est modifiée à son niveau ; elle est devenue plus lisse, plus mince et violacée ; de temps à autre, les larmes s'écoulent sur la jambe droite. Pas d'amaigrissement, pas de céphalalgie, l'appétit et le sommeil sont bons, mais le malade dort souvent la bouche ouverte.

La mère de notre malade est en bonne santé, ses frères aussi. Son père a été opéré il y a un an et demie d'une tumeur non ulcérée de la joue droite. Il est mort depuis, mais nous ne pouvons obtenir aucun renseignement sur la nature de cette tumeur, ni savoir si la mort est survenue de son fait.

Au moment de notre examen, nous sommes frappé de la présence, au-dessous du grand angle de l'œil droit, d'une tumeur du volume de la moitié d'une grosse noisette. Cette tumeur, violacée, très molle, pseudo-fluctuante, non réductible, n'est pas douloureuse à la pression. Les larmes s'écoulent d'une façon presque continue sur la joue.

Nous voyons aussi que la moitié droite du nez est un peu déformée et plus saillante que la gauche ; en faisant pencher en arrière la tête du malade, il nous est facile de constater que la narine droite est complètement obstruée par une tumeur d'aspect polipyforme. Pourtant, l'imperméabilité n'est pas absolue, puisque par un effort violent, le malade fait passer un peu d'air par la narine droite.

En passant le doigt dans le pharynx nasal, il nous semble percevoir une saillie dans l'arrière cavité droite des fosses nasales. Nulle part nous ne constatons la présence des ganglions.

L'opération est pratiquée le 11 février 1895 par le docteur Sengeuse avec l'assistance du docteur Guément.

Chloroformisation, tamponnement postérieur des fosses nasales. Une incision est pratiquée à droite commençant à la racine

du nez, sur son milieu, puis se dirigeant obliquement en bas, en dehors en passant sur la tumeur située au niveau du lac lacrymal, longeant le sillon naso-génien et venant aboutir au-dessous de l'aile du nez, sans ouvrir la narine et empiétant à peine sur la lèvre supérieure.

Les parties molles sont incisées à fond, le cartilage de l'aile du nez est décollé, puis l'apophyse montante du maxillaire supérieur est sciée suivant le tracé de la peau. Vient ensuite le tour des os propres du nez qui sont également sciés suivant l'incision cutanée. Le nez est alors luxé à gauche et on peut facilement, de l'œil et du doigt, explorer la fosse nasale droite. — Grâce au tamponnement, il ne tombe pas une goutte de sang dans le pharynx. La tumeur naso-génienne est exclusivement constituée par le néoplasme qui est extrêmement mou et qui, après avoir rempli toute la fosse nasale s'est infiltrée, a fusé pour ainsi dire, dans toutes les directions et distend le canal et le sac lacrymal.

J'enlève la tumeur moitié au doigt, moitié à la curette. La fosse nasale vidée, je constate que le sinus maxillaire est également envahi. Je défonce la paroi interne de façon à introduire l'index dans sa cavité, et à l'aide de ce doigt et de la curette, j'enlève tout ce qui me paraît suspect. La partie la plus déclive du sinus est remplie d'un pus absolument concret que je retire avec la curette.

La tumeur est tellement molle qu'il est impossible de se rendre compte du siège exact de son point d'implantation. Il est probable pourtant que, comme pour la première tumeur, enlevée par le docteur Guément, il se trouvait sur la cloison.

Après quelques ligatures, après d'abondants lavages à l'eau boricuée très chaude pour arrêter le sang, les tampons sont enlevés.

Je rapplique alors le nez, en faisant une suture au crin de

Florence, suture qui comprend une épaisseur assez considérable de tissus. Drainage par la narine à la gaze salolée. Suites absolument simples. Tous les jours la mèche salolée est changée. — Dix jours après l'opération, les crins sont enlevés, la réunion est complète.

Quinze jours plus tard, l'examen des fosses nasales, pratiqué par le Dr Guément montre que le bourgeonnement des parties dénudées se fait normalement et que l'état local est très satisfaisant.

Revu le 5 juin 1896, le malade est en très bonne santé. Le nez ne présente aucune déformation ; la cicatrice est à peine apparente et l'exploration des fosses nasales montre ces cavités absolument saines.

La tumeur ayant été égarée, nous n'avons pu obtenir aucun renseignements sur sa structure anatomique. Le diagnostic clinique porté par les Docteurs Guément et Sengeuse fut celui d'épithélioma.

OBSERVATION VI

Fibro-sarcome de la cloison nasale

Par R. Calmettes et H. Chatellier (Annales des maladies de l'oreille et du larynx, 1887).

M^{me} X..., 30 ans. La malade se rappelle que dans son enfance elle avait des épistaxis assez fréquentes, sans toutefois que la quantité du sang perdu ait altéré sa santé. Dès cette époque la respiration nasale était gênée, puis les épistaxis disparurent.

Vers la 24^e année, les saignements de nez se montrèrent de nouveau en même temps que la respiration devenait plus gênée. A cette époque la malade remarqua une petite excroissance de chair du côté gauche ; de ce côté les épistaxis se renouvelaient fréquemment. La nuit, le sommeil était souvent pénible et même

interrompu; à cause de l'insuffisance de la respiration nasale.. Ce phénomène, était alors si accusé qu'il avait attiré l'attention de la malade.

Mars 1886. — A l'examen de la narine gauche on voit au moyen du spéculum et d'un éclairage convenable, une petite tumeur du volume d'un fort noyau de cerise. Elle occupe la partie antérieure de la fosse nasale au niveau du méat moyen, elle est mobile sous le stylet et semble s'implanter sur la cloison cartilagineuse en haut et en avant.

Opération. — La base de la tumeur est entourée avec l'anse galvanique, la section se fait régulièrement. Il ne se produit aucune hémorrhagie ni immédiate, ni secondaire.

Depuis, il ne s'est produit aucune épistaxis. La tumeur a une forme arrondie. Son diamètre est d'environ un centimètre et demi. Une partie de la surface est ulcérée.

Février 1887. — Aucune trace de récédive, santé excellente. L'examen histologique de la tumeur, pratiqué avec un grand soin ne laisse pas de doute sur sa malignité, bien que sa marche fut aussi bénigne (à part les épistaxis) que celle d'un polype muqueux.

OBSERVATION VII (*Gonguenheim et Hèlary*)

Annales des maladies de l'oreille et de larynx 1893).

Sarcome télangiectasique

Le nommé H... Adolphe, fabricant de fouets, âgé de 34 ans, se présente le 15 février 1892 à la clinique laryngologique de Lariboisière pour des saignements de nez se produisant avec

une fréquence extrême et dont l'abondance avait fini par l'inquiéter.

L'affection a, en effet, débuté au mois de novembre 1891 par de légères epistaxis survenant brusquement. D'abord espacées, ces hémorrhagies se sont rapprochées et ont augmenté d'intensité, mais sans toutefois amener une perte des forces ni ébranler la santé. A la même époque, cet homme a commencé à éprouver une certaine gêne pour respirer par la narine gauche; la nuit surtout, il ne pouvait dormir que la bouche ouverte et il ronflait avec violence. Il éprouvait la sensation d'un corps étranger qui obstruait la narine, et les efforts qu'il faisait pour s'en débarrasser en se mouchant, n'avaient d'autre résultat que de produire de nouvelle epistaxis, au point que parfois, il sortait par la narine de véritables caillots de sang.

A son entrée à la clinique, l'état général paraît bon; les forces sont conservées et il n'y a pas d'amaigrissement. Comme maladies antérieures, il a eu la syphilis en 1889.

Du côté de ses ascendants, il a des antécédants héréditaires car son père est mort d'un cancer de l'estomac.

A l'examen rhinoscopique, on voit du côté gauche une petite tumeur rougeâtre, maculée de sang, à surface lisse, obstruant en partie, la narine de ce côté; elle est implantée par un large pédicule à la partie antérieure de la cloison cortilagineuse. Le stylet nous montre fort peu de mobilité de la tumeur et une consistance un peu molle, mais le contact prolongé du stylet amène un léger écoulement sanguin.

Dans l'autre narine, on ne constate rien de particulier. La cloison n'est pas déviée et elle paraît indemne de toute autre altération. La muqueuse est seulement un peu injectée et les cornets paraissent légèrement hypertrophiés.

La tumeur de la cloison est bien limitée à son point d'attaché, et elle n'envoie en arrière ni en haut aucun prolongement.

Il n'y a pas d'engorgement dans les gauglions de la région sous maxillaire ; pas de suintement purulent par la narine, ni de fé-tidité de la respiration. Pas de douleurs de tête ni de phéno-mènes particuliers du côté de l'oreille.

L'examen des différents organes, poumon, cœur, estomac, est négatif.

Après quelques lavages antiseptiques, la tumeur est enle-vée le 25 février à l'anse galvanique. Son extirpation amène un léger écoulement de sang qui s'arrête par un tamponnement à la gaze iodoformée.

Le 28 février. — Grande amélioration. La respiration par le nez est facile et le malade dort la bouche fermée, ce qui ne se pouvait pas facilement auparavant.

Le 2 mars. — Les épistaxis quise produisaient tous les jours avant l'opération, n'ont plus reparu. A peine voit-on quelques mucosités sanguinolentes lorsque le malade se mouche.

Le 8 avril. — A l'examen, on voit encore sur la cloison quelques vertiges de la tumeur, qui ne s'est pas reproduite.

On fait un pansement au naphtol camphré.

Plus d'épistaxis ni de difficulté pour respirer.

Le malade revient un mois après se présenter, il est com-plètement guéri, mais depuis cette époque il a été perdu de vue.

OBSERVATION VIII

MM. Gouguenheim et Hélyar (Annales malad. de l'oreille, etc, 1893)

Sarcome à myéloplaxes de la cloison nasale :

La nommée Ch... Caroline, âgée de 62 ans, se présente le 21 avril 1892, à la clinique laryngologique de Lariboisière, en se

plaignant de violents maux de tête et d'hémorrhagies nasales, dont le début remonte à près d'une année.

Ces épistaxis, rares dans les premiers mois ; ont rapidement augmenté de fréquence ; tous les jours il se faisait une perte de sang assez abondante par la narine gauche. Le sang coulait trois à quatre fois dans la journée, même quand la malade ne faisait pas d'efforts pour se moucher. La narine gauche fut bientôt obstruée au point qu'il y avait une difficulté très grande pour respirer de ce côté, tandis qu'à droite l'air passait sans peine par la fosse nasale. Un coryza chronique avec un léger suintement muco-sanguinolent, vint augmenter encore la gêne de la respiration ; en même temps apparurent des maux de tête d'une grande violence, localisés à la région frontale.

L'abondance des épistaxis et la persistance des douleurs de tête, engagèrent la malade à venir à la consultation le 21 avril 1892.

L'état général est assez fatigué, le teint pâle, mais pas d'amaigrissement ni de cachexie.

La malade ne présente aucun antécédent personnel ni héréditaire.

Elle n'est entâchée ni de syphilis ni de tuberculose.

A l'examen rhinoscopique, on constate la présence d'une tumeur d'un rouge grisâtre, très vasculaire, du volume d'une noisette, obstruant complètement la narine gauche ; elle s'implante sur la cloison par une large surface et on ne peut la mobiliser. A l'aide d'un stylet fin, il est facile de passer entre elle et les cornets, mais le contact de l'instrument détermine un léger écoulement sanguin.

Dans l'autre narine, on ne voit rien de particulier ; la cloison est saine de ce côté et la muqueuse à sa coloration normale. Pas de ganglions sous-maxillaires. On fait d'abord quelques lavages pour nettoyer les fosses nasales

et le 25 avril on enlève un gros morceau de la tumeur à l'anse galvanique.

Pansement au naphthol camphré et tamponnement de la narine à la gaze iodoformée.

Le 29 avril. — La malade revient à la consultation très améliorée ; il n'y a plus eu d'hémorragie nasale depuis le jour de l'opération, et la respiration se fait beaucoup plus facilement.

En faisant l'examen rhinoscopique, on voit qu'il reste une petite partie de la tumeur adhérente à la partie inférieure de la cloison ; nouvelle opération à l'anse galvanique.

Le 5 mai. — Nouvel examen. Il reste encore un petit morceau de néoplasme, rouge, dur. On le détruit par la cautérisation.

Le malade, très amélioré, respirant facilement et n'ayant plus d'épistaxis, revient pendant plus d'un mois à la consultation, sans qu'on puisse constater la présence d'une récidive.

Cette femme est revenue depuis, en février 1893, et la tumeur a récidivé, mais sans présenter un volume aussi considérable. Nous avons extrait cette tumeur récidivée à l'aide de l'anse galvanique. L'examen microscopique de cette tumeur, fait par le Docteur Latteux, montre l'existence d'un sarcome à myéleplaxès.

OBSERVATION IX de M. Péan

(In thèse Casabianca)

Epithélioma de la cloison, récidive

Jeanne K..., 64 ans, entre à l'hôpital St-Louis, salle Sainte-Marthe, n° 55, le 3 juin 1876.

Au mois de janvier dernier, cette femme était déjà venue trouver M. Péan pour une tumeur simulant un polype et siégeant sur la cloison des fosses nasales ; le début remontait à cinq mois. Durant les deux premiers mois, la malade avait éprouvé un peu de gêne de la respiration, de l'enchifrènement, de la céphalalgie, mais, à partir du troisième mois, les troubles devinrent plus accusés, l'enchifrènement, la gêne de la respiration augmentèrent ; le goût et l'odorat commencèrent à s'émousser. En même temps, la tumeur prenait de l'accroissement et commençait à faire saillie au-dehors par la narine droite.

À l'entrée de la malade dans son service M. Péan constata, sortant par la narine et l'obstruant, une petite masse polypeuse, rougeâtre, molle, friable, directement implantée sur la cloison, mais sur un espace assez restreint. Elle était pour ainsi dire pédiculée. La narine droite était un peu élargie, ses téguments un peu congestionnés. Le dos du nez était également bombé au niveau de l'union des cartilages avec les os ; la peau était saine.

M. Péan avait reconnu là un épithélioma développé sur la cloison, et pour ne pas causer une déformation trop grande, il s'était contenté de faire une incision sur la ligne médiane et d'enlever largement la portion de la cloison où était implantée la tumeur. L'opération terminée, les deux lambeaux avaient été rapprochés et suturés.

Un mois après, la malade sortait très bien guérie, malgré un érysipèle peu intense survenu douze jours après l'opération.

Au commencement d'avril, la tumeur a récidivé, et cette femme entre de nouveau à l'hôpital St-Louis.

Elle respire difficilement, éprouve de violentes céphalalgies, ne perçoit plus du tout les odeurs, souffre beaucoup, a perdu l'appétit, le sommeil ; ses forces diminuent de jour en jour, et elle demande qu'on la débarrasse d'une affection qui lui rend l'existence insupportable. Le nez est un peu affaissé, mais ne présente pas une difformité bien grande ; la peau qui le recou-

vre, a une teinte érysipélateuse, les narines, et surtout la droite, sont obstruées par la tumeur qui a récidivé au niveau du bord antérieur de la portion restante du cartilage de la cloison, et qui s'étend vers le dos du nez.

On ne constate point d'écoulement par les narines, et, à part de violents maux de tête, il n'y a rien à noter du côté des cavités orbitaires, buccale et crânienne.

° Devant le diagnostic porté la première fois, devant une récidue aussi prompte, il était à craindre que l'affection ne se généralisât rapidement et ne vouât la malade à une mort prochaine. Une ablation totale des parties atteintes pouvait seule retarder l'issue funeste, et M. Péan ne crut pas devoir refuser une opération que cette femme demandait avec tant d'insistance. Elle fut pratiquée le 3 juin. Après l'hémostase préventive au moyen de pinces hémostatiques placées sur la lèvre supérieure. M. Péan fit, sur toute l'étendue du dos du nez et de la lèvre supérieure, une incision qui, du même coup, intéressa les parties molles jusqu'aux os et aux cartilages. En renversant les lambeaux, la tumeur fut aussitôt découverte. Implantée sur le bord antérieur de la cloison, elle envoyait des prolongements nombreux dans les parties voisines. Les os propres du nez, une partie de l'apophyse montante durent être enlevés. La cloison, le bord alvéolaire, sur une étendue de 3 centimètres, et une portion de la voûte palatine qui, elle aussi, était envahie par la production morbide, furent également sectionnés.

Pendant l'opération, on eut soin d'empêcher, au moyen de petites éponges, le sang de tomber dans les fosses nasales postérieures et dans la bouche, d'où il eût pu passer dans le larynx. A l'aide de nombreuses pinces hémostatiques, toutes les parties molles qui recouvraient le squelette ostéo-cartilagineux de la région purent être mises à nu sans perte notable de sang. Quelques heures après l'opération, les pinces furent enlevées et les

bords de la plaie réunis par quelques points de sutures métalliques. Le pansement consista en compresses imbibées d'eau de sureau froide et souvent renouvelées.

4 Juin. — La malade souffre beaucoup, soif ardente. T°. 38°4.

Le 5. — Souffrances moindres, plus calme ; T. 38°4.

Le 6. — Douleurs supportables, a dormi ; T. 38°.

A partir de ce jour, le mieux a continué et se maintient.

OBSERVATION X.

De M. le Professeur Syme (ni thèse Casabianca)

Polype cancéreux ? de la cloison des fosses nasales

Andrew Lowson, âge de 49 ans, employé des postes entre à l'hôpital le 23 avril. Ce malade s'est aperçu dès le commencement de l'année, de la présence d'une excroissance dans la narine droite, augmentant tous les jours de volume, et qui a fini par le gêner beaucoup en empêchant le passage de l'air à travers la narine. Cette tumeur saignait de temps en temps avec une telle abondance que le malade fut effrayé. D'une couleur brunâtre, d'une consistance molle et friable, elle saignait au moindre attouchement. L'examen du malade ne laissait pas le moindre doute sur la nature cancéreuse de la tumeur, ce qui m'engagea à m'abstenir de toute tentative d'enlèvement, je me bornai donc à enlever la partie proéminente de la tumeur et à renvoyer le malade comme incurable.

Quelques temps après il revint et m'apprit que les hémorragies continuaient toujours et qu'il était décidé à subir toute

opération pourvu qu'il trouvât un adoucissement à son mal. Je dus l'examiner de nouveau. Cet examen me fit croire que probablement le polype s'attachait aux os, tout près de l'ouverture antérieure des narines. Ce qui donnait plus de force à mon opinion, c'est que la porte osseuse du nez n'était pas distendue par le mal; cette distension se bornait à la partie molle de l'organe; ensuite, le malade n'éprouvait aucune douleur dans la région ethmoïdale et les yeux n'avaient pas éprouvé la moindre altération. Je croyais donc que le polype prenait naissance sur le cornet inférieur ou sur un autre point de la partie osseuse inférieure des fosses nasales. Dans cette idée je me décidai à tenter tout ce qu'il me serait possible de faire.

Pour bien reconnaître le siège de la tumeur, je fendis la lèvre dans toute sa hauteur, au niveau de la partie moyenne de la narine, j'écartai en les disséquant, les deux lambeaux formés par cette incision, et mettant largement à découvert l'ouverture antérieure des fosses nasales, il me fut facile de plonger dans le fond de la cavité et de reconnaître le point d'insertion de la tumeur. Je reconnus que le polype s'insérait sur la cloison, à la partie inférieure. J'ai préféré fendre la lèvre, par la raison qu'il est ainsi plus facile de mettre à découvert les fosses nasales qu'en fendait les ailes du nez.

Le polype se trouvant placé immédiatement au-dessus de la réunion du cartilage de la cloison à l'os, il m'était facile d'en faire l'extraction. Je coupai la cloison de façon à ne pas endommager la sous-cloison du nez; à l'aide de pincés, je divisai les os et je détachai toute la portion du cartilage donnant insertion au polype. Les lambeaux de la lèvre furent ensuite réunis par le moyen d'une suture entortillée. Au bout de quelques jours le malade allait très bien. (*The London and Edimb. Monthly Journal*. Sept. 1842, p. 790. Reprod. dans les *Annales de chirurgie française et étrangère*, t. VI, p. 224).

CONCLUSIONS

Le résultat de notre étude et de nos recherches sur les tumeurs malignes et primitives de la cloison nous amène aux conclusions suivantes :

1° Les tumeurs malignes et primitives de la cloison sont plus fréquentes qu'on ne le supposait, moins fréquentes cependant que les tumeurs malignes des autres parties du corps ;

2° On observe sur la cloison, toutes les variétés de tumeurs malignes ;

3° Leur début est tellement insidieux, que jusqu'à présent, il a été impossible de saisir une tumeur de la cloison au début de son évolution ;

4° Les myxomes de la cloison ont une certaine tendance à se transformer en tumeurs malignes. Dès qu'on aura reconnu leur présence, on se comportera comme s'il s'agissait d'un néoplasme malin ;

5° Le diagnostic est parfois très difficile à déterminer. Dans les cas douteux on devra recourir à l'examen histologique et quand il sera impossible, instituer les traitements anti-syphilitiques et anti-scrofuleux ;

6° Le pronostic est toujours grave et en rapport avec la malignité du néoplasme.

7° Lorsque la tumeur est encore limitée et pédiculée, on devra toujours recourir à la voie endonasale. Ce n'est que lorsque la tumeur aura envahi les régions circonvoisines, qu'on aura recours à l'opération sanglante, toujours grave et aléatoire quant aux récidives.

Vu : Le Doyen,
BROUARDEL

Vu : Le Président de la Thèse,
DUPLAY.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.



INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Palletta. — (In exercit. path. milan p. 7. 1820).

Erischen. — Cartilaginous growth on the septum of the nose :
romeval. (Lancet. London. 1864. ii, 153.

Beaussehat. — Les tumeurs sanguines et purulentes de la cloison
des fosses nasales. thèse Paris 1864).

Syme. — (Annales de chirurgie front. et étrang. t. VI. 1842).

Dieffenbach et fayner. — (medical times and Gazette. 1868.

Bouheben. — (Thèse Paris 1873).

Devulz. — Enchodrome de la cloison des fosses nasales ; exci-
sion, guérison. (Gaz. méd. de Bordeaux 1871.73. ii 105-108).

Leriche. — Tumeur de la cloison nasale, enlevée par la mobi-
lisation de la sous-cloison (Gaz. des hôpitaux. Paris 1874).

Mason. — Mycloïd tumeur of the septum nasi. Vroc. M. Soc-
Tond. 1875. Also : med. times and gaz. Lond. 1875.

Ashhurst. — Enchondrome of the nasal septum tr. Path. Soc.
Phila. (1875-76).

Grynfelst. — Sarcome de la cloison des fosses nasales. Montpel-
lier med. 1876.

Casabianca. — Affections de la cloison des fosses nasales. (thèse
Paris 1876).

Delavan. — Niné cases of tumor of the nasal septum. antérorly
Arch. laryngol. N. Y. 1882,

Delaux. — Contribution à l'étude des sarcomes des fosses nasales.
(Th. Paris 1883).

Jeanselme. — Sarcomes des fosses nasales. (Annales des mal. de l'or. etc. 1884).

Barzilay. — Epithélioma des fosses nasales et son traitement chirurgical. (Thèse Paris 1885).

Schmiegelow. — Tumeurs malignes et primitives du nez. (Revue mens. de laryngol. 1885).

Chiari. — Des méoplasmes de la cloison des fosses nasales. (transl. from the. gennam by. Lichtwis. Rev. mens. de laryns. Paris 1896).

Calmettes et Chattelier. — Fibro. sarcome de la cloison des fosses nasales. Opér. guérison. Exam. histolay. (Annal. mal. or. larynx. Paris 1887).

Bosworth. — Diseases of the. nose and throat. (N. Y. 18895).

Schmiegelow. — Tumeurs malignes du nez. (Revue mens. de laryngol. 1885).

Plicque. — Diagnostic et traitement des tumeurs malignes des fosses nasales. (Annales des mal. de l'oreille 1890).

Gouguenheim et Hélary. — Tumeurs malignes et primitives de la cloison nasale. (Annal. des mal. de l'oreille 1893).

Garel et Collet. — Contribution à l'étude des tumeurs de la cloison nasale. (Annal. des mal. de l'or. 1893).

D'Aguanno. Sarcomes de la cloison des fosses nasales. (Annal. des mal. de l'or. 1893).

Michel D'ansac. — Tumeurs de la cloison. (Annal. des mal. de l'or. 1893).

Hemle. — Les sarcomes primitifs des fosses nasales. (Union med. Paris 1885).

Stamadiès. — Du traitement de certaines tumeurs malignes des fosses nasales (Thèse Paris 1895).

Follin et Duplay. — Traité de Pathologie externe.

Jamain et Terrier. — Traité de Pathologie externe.

Duplay et Reclus. — Traité de chirurgie.

Tillaux. — Traité de chirurgie clinique.

